

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar (Pengertian dan proses atau etiologi)

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

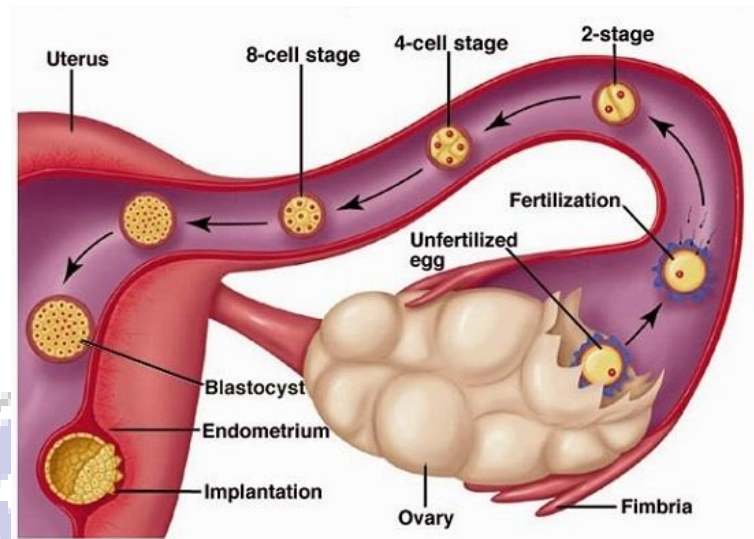
1. Pengertian Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan adalah sebagai fertilisasi atau penyatuan antara spermatozoa dan ovum, dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga bayi lahir, kehamilan normal akan berlangsung selama 40 minggu (9 bulan) menurut kalender dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40). (Prawirohardjo, 2008: 2).

2. Proses kehamilan

Proses kehamilan dimulai dengan konsepsi. Konsepsi ialah bersatunya sel telur (ovum) dengan sperma. Proses kehamilan (gestasi) berlangsung selama 40 minggu (280 hari) dihitung dari Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT). Usia kehamilan sendiri adalah 38 minggu, karena dihitung dari tanggal konsepsi (tanggal bersatunya sperma dengan telur) yang terjadi dua minggu setelahnya. (Kamariyah, 2014:18).

Proses fertilisasi pada manusia



Gambar 2.1
Fertilisasi

Sumber : Kamariyah, 2014.

Proses fertilisasi ini dapat terjadi di bagian ampulla tuba fallopi atau uterus. Spermatozoa menuju masa yang berbentuk telur yang ditemuinya, dan hanya sedikit yang mencapai ovum yang sebenarnya. Spermatozoa yang berhasil menemukan ovum akan merusak korona radiata dan zona pelusida yang mengelilingi membran sel ovum, lalu spermatozoa akan melepaskan enzim termasuk hialuronidase, yang disimpan di akrosom dalam kepala spermatozoon. Enzim dari banyak spermatozoa merusak korona radiata serta zona pelusida sehingga spermatozoa dapat menerobos masuk ke ovum. Begitu sebuah spermatozoon berhasil menembus

membran sel ovum, konfigurasi membran ovum langsung berubah sehingga spermatozoa lain tidak dapat masuk. Hanya kepala spermatozoon yang masuk ke dalam ovum, bagian ekor akan ditinggalkan. DNA dalam nukleus spermatozoon akan dilepaskan dari kepala, memicu pembelahan miosis akhir pada kromosom wanita. Bersatunya inti spermatozoon dengan inti sel telur akan tumbuh menjadi zigot. (Kamariyah, 2014:18).

Zigot mengalami pertumbuhan dan perkembangan melalui 3 tahap selama kurang lebih 280 hari. Tahap-tahap ini meliputi :

- a. periode implantasi terjadi pada 7 hari pertama
- b. periode embrionik terjadi pada 7 minggu berikutnya,
- c. periode fetus terjadi pada 7 bulan berikutnya.

Selama 2-4 hari pertama setelah fertilisasi, zigot berkembang dari satu sel menjadi kelompok 16 sel (morula). Morula kemudian tumbuh dan berdiferensiasi menjadi 100 sel. Selama periode ini, zigot berjalan sepanjang tuba fallopi, kemudian masuk ke uterus dan tertanam dalam endometrium uterus. (Kamariyah, 2014:19).

Proses kehamilan meliputi beberapa tahap, yaitu :

- a. Fertilisasi

Fertilisasi adalah bertemunya sel telur dengan sel sperma.

Saat terjadi ejakulasi, sel sperma dikeluarkan dari organ reproduksi pria yang kurang lebih berjumlah 300 juta sperma.

Setelah masuk ke organ genitalia interna wanita, sperma akan

menghadapi beberapa rintangan antara lain : lendir vagina yang bersifat asam, lendir serviks yang kental, panjangnya uterus, dan silia yang ada di tuba fallopi. Untuk bisa menghadapi rintangan tersebut, maka sperma harus mempunyai *akrosom* serta melewati *proses kapasitasi*. Sedangkan ovum akan dikeluarkan dari ovarium setiap bulannya, ditangkap oleh fimbriae dan berjalan menuju tuba fallopi. Tempat bertemunya ovum dengan sperma paling sering adalah di daerah *ampula tuba*. Sebelum keduanya bertemu, maka akan terjadi tiga fase yaitu sebagai berikut. (Prawirohardjo, 2008: 5).

b. Tahap penembusan korona.

Dari 200-300 juta sperma hanya 300-500 yang sampai di tuba fallopi dan dapat menembus korona radiata karena sudah mengalami proses kapasitasi. (Hani, 2011:30).

c. Penembusan zona pellusida.

Zona pellusida adalah sebuah perisai glikoprotein di sekeliling ovum yang mempermudah serta mempertahankan pengikatan sperma dan menginduksi reaksi akrosom. Spermatozoa lain ternyata bisa menempel di zona pellusida, tetapi hanya satu yang terlihat mampu menembus oosit. (Hani, 2011:30).

d. Tahap penyatuan oosit dan membran sel sperma.

Setelah menyatu, akan dihasilkan zigot yang mempunyai kromosom diploid (44 autosom dan 2 gonosom) serta terbentuk jenis kelamin baru XX (wanita) kemudian XY (laki-laki). (Hani, 2011:33).

e. Pembelahan

Kemudian zigot akan membelah menjadi tingkat 2 sel (30 jam), 4 sel, 8 sel sampai dengan 16 sel disebut *Morula* (dalam waktu 4 hari). Saat morula memasuki rongga rahim, cairan mulai menembus zona pellusida masuk ke dalam ruang antar sel yang berada di massa sel bagian dalam. Secara berangsur-angsur ruang antar sel menyatu hingga akhirnya terbentuk sebuah rongga atau blastokel sehingga disebut sebagai *Blastokista* (4,5-5 hari). Sel yang bagian dalam disebut embrioblas dan sel di luar disebut trofoblas. Zona pellusida akhirnya menghilang yang mengakibatkan trofoblast bisa memasuki dinding rahim (endometrium) sehingga siap berimplantasi dalam waktu 5,5 – 6 hari, dalam bentuk *Blastokista tingkat lanjut*. (Hani, 2011:36).

f. Nidasi/Implantasi

Penanaman sel telur yang sudah dibuahi pada stadium blastokista ke dalam dinding uterus pada awal terjadinya kehamilan. Biasanya terjadi pada *pars superior korpus uteri* bagian anterior atau posterior. Pada saat ini, selaput lendir rahim

sedang berada pada fase sekretorik (2-3 hari setelah ovulasi). Pada saat ini, kelenjar rahim dan pembuluh nadi menjadi berkelok-kelok. Jaringan ini mengandung banyak cairan. (Hani, 2011:35).

3. Perkembangan Janin Dalam Uterus

a. Trimester pertama (minggu 0-12)

Dalam fase ini ada tiga periode penting mulai dari periode germinal, sampai dengan periode terbentuknya janin.

- 1) Periode germinal terjadi antara 0-3 minggu. Proses pembuahan telur oleh sperma yang terjadi pada minggu ke-2 dari hari pertama menstruasi terakhir. Telur yang sudah dibuahi sperma bergerak dari tuba fallopi sampai menempel ke dinding uterus (endometrium).
- 2) Periode embrionik terjadi antara 3-8 minggu. Proses di mana sistem saraf pusat, organ-organ utama dan struktur anatomi mulai terbentuk seperti mata, mulut, dan lidah mulai terbentuk, sedangkan hati mulai memproduksi sel darah. Janin mulai berubah dari blastosit embrio berukuran 1,3 cm dengan kepala yang besar.
- 3) Periode fetus terjadi antara 9-12 minggu. Semua organ penting terus tumbuh dengan cepat dan saling berkaitan serta aktivitas otak sangat tinggi. (Hani, 2011:50).

b. Trimester kedua (minggu 12-24).

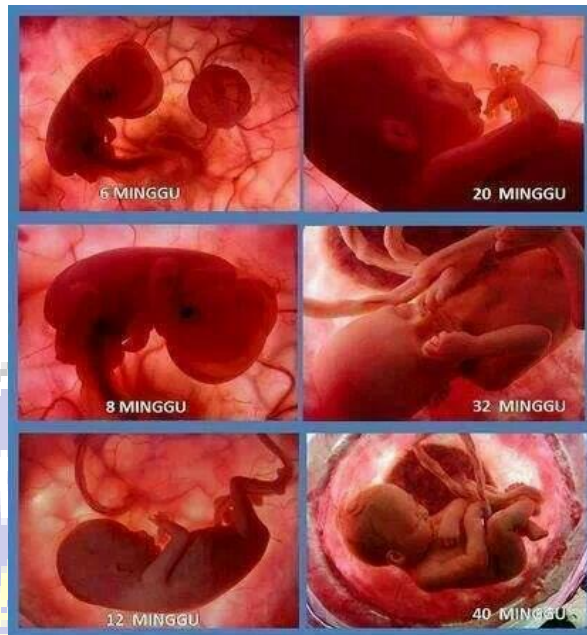
Pada Trimester kedua, terjadi peningkatan perkembangan pada janin. Minggu ke-18 dapat dilakukan pemeriksaan dengan ultrasonografi (USG) untuk melihat kondisi janin, posisi plasenta, dan kemungkinan bayi kembar. Jaringan kuku, kulit, serta rambut berkembang dan mengeras pada minggu ke-20 sampai dengan ke-21. Indra penglihatan dan pendengaran janin mulai berfungsi. Kelopak mata sudah dapat membuka dan menutup. Janin atau fetus mulai tampak sebagai sosok manusia dengan panjang 30 cm.

c. Trimester ketiga (minggu 24-40).

Pada Trimester ini semua organ-organ tubuh tumbuh dengan sempurna. Janin menunjukkan aktivitas motorik yang terkoordinasi seperti menendang atau menonjok, serta janin juga memiliki periode tidur dan bangun. Masa tidurnya jauh lebih lama dibanding dengan masa bangunnya. Paru-paru berkembang pesat menjadi sempurna. Pada bulan ke-9, janin mengambil posisi kepala di bawah dan siap untuk dilahirkan. Berat bayi lahir berkisar antara 3-3,5 kg dengan panjang mencapai 50 cm.

(Muflihah, 2014:20).

Perkembangan janin dalam kandungan



Gambar 2.2
Perkembangan janin dalam kandungan

Sumber : Kamariyah, 2014.

Pertumbuhan janin dapat dijelaskan sebagai berikut :

a. Pertumbuhan Janin

Selama 8 minggu pertama, terminologi *embrio* digunakan terhadap perkembangan organisme, karena pada masa ini semua organ besar sedang dibentuk selama 8 minggu, terminologi janin digunakan oleh sebagian besar organ sudah dibentuk dan telah masuk kedalam tahap pertumbuhan dan perkembangan lanjut.

Janin dengan berat 500-1000 gram (22-23 minggu) disebut *imature*. Dari minggu 28-36 disebut *preterm* dan janin *aterm* adalah bila usia kehamilan lebih dari 37 minggu.

1) Kehamilan 8 minggu

- a) Panjang 2,1-2,5 cm
- b) Berat 1 gram
- c) Bagian kepala lebih dari setengah pada tubuh janin
- d) Dapat dikenali lobus hepar
- e) Ginjal mulai terbentuk
- f) Sel darah merah terdapat pada yolk sac dan hepar janin

2) Kehamilan 12 minggu

- a) Panjang janin antara 7-9 cm
- b) Berat 12-15 gram
- c) Jari-jari sudah mulai memiliki kuku
- d) Genetalia eksterna sudah dapat dibedakan antara laki dengan perempuan
- e) Volume cairan amnion 30 ml
- f) Peristaltik usus sudah terjadi dan memiliki kemampuan menyerap glukosa

3) Kehamilan 16 minggu

- a) Panjang badan antara 14-17 cm
- b) Berat mencapai 100 gram
- c) Terdapat HbF

- d) Pembentukan HbA mulai terjadi
- 4) Kehamilan 24 minggu
 - a) Berat mencapai 600 gram
 - b) Timbunan lemak mulai terjadi
 - c) Viabilitas mungkin saja dapat tercapai meski jarang terjadi
- 5) Kehamilan 28 minggu
 - a) Berat 1050 gram dan panjang badan 37 cm
 - b) Gerakan pernafasan sudah mulai dapat terlihat sedangkan surfactan paru masih sngat rendah.
- 6) Kahamilan 32 minggu
 - a) Berat badan janin mencapai 1700 gram dan panjang 42 cm
 - b) Persalinan pada periode ini 5 sampai 6 neonatus dapat bertahan hidup di luar kandungan.
- 7) Kehamilan 36 minggu
 - a) Berat badan 2500 gram dan panjang badan 47 cm
 - b) Gambaran kulit keriput sudah tidak ada
 - c) Kemungkinan hidup besar
- 8) Kehamilan 40 minggu
 - a) Berat badan 3200-3500 gram, serta panjang badan sudah mencapai 50 cm
 - b) Diameter bipariental 9,5 cm. (K Sukarni, 2013:127).

4. Tanda dan Gejala Kehamilan

a. Tanda-tanda Presumtif Kehamilan adalah:

1) *Amenorea* (terlambat datang bulan)

Konsepsi dannidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan *folikel degraaf* dan *ovulasi*. Dengan mengetahui Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) menggunakan perhitungan rumus Neagle, dapat ditentukan perkiraan tanggal persalinan.

2) Mual dan muntah (*emesis*)

Pengaruh *estrogen* dan *progesteron* menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebih, sehingga mengakibatkan mual dan muntah terutama di pagi hari(*morning sickness*). Dalam batas yang fisiologis, keadaan ini dapat diatasi. Akibat mual dan muntah, nafsu makan menjadi berkurang.

3) Ngidam

Wanita hamil sering makan makanan tertentu, kegiatan yang demikian di sebut dengan istilah ngidam.

4) *Sinkope* atau pingsan

Terjadinya gangguan sirkulasi pada daerah kepala (*sentral*) yang menyebabkan *iskemia* susunan saraf pusat menimbulkan *sinkope* atau pingsan. Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu.

5) Payudara tegang

Pengaruh *estrogen-progesteron* dan *somatotropin* menimbulkan deposit lemak, air serta garam pada payudara. Payudara membesar dan tegang, ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama (*Primigravida*) (Kumalasari, 2015:1).

6) Sering *miksi* (berkemih)

Tekanan rahim ke depan menyebabkan kandung kemih terasa penuh dan sering *miksi*. Pada triwulan kedua, gejala ini sudah mulai menghilang. (Kumalasari, 2015:1).

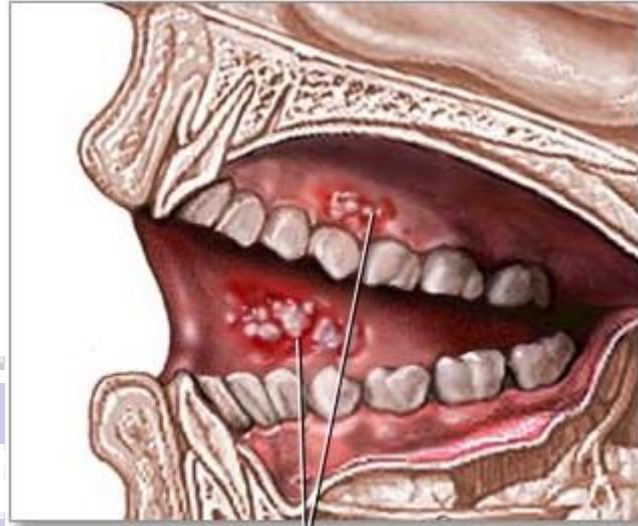
7) *Konstipasi* atau *obstipasi*

Pengaruh *progesteron* dapat menghambat peristaltik usus, menyebabkan kesulitan untuk Buang Air Besar. (Kumalasari, 2015:1).

8) *Pigmentasi* kulit

Keluarnya *melanophore stimulating hormone* dan pengaruh *hipofisis* anterior menyebabkan *pigmentasi* kulit di sekitar pipi (*cloasma gravidarum*), pada dinding perut (*striae livide, striae nigrae, linea alba* makin hitam), serta sekitar payudara (*hyperpigmentation areola mammae*), puting susu semakin menonjol serta pembuluh darah menifes sekitar payudara. (Kumalasari, 2015:2).

9) *Epulsi*



Gambar 2.3
Epulsi

Sumber : kumalasari, 2015.

Hipertrofi gusi yang disebut *epulsi*, dapat terjadi pada ibu hamil. (kumalasari, 2015:2).

10) *Varises* atau penampakan pembuluh darah vena

Oleh karena pengaruh dari *estrogen* dan *progesteron*, terjadi penampakan pembuluh darah vena, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Penampakan pembuluh darah itu terjadi di sekitar *genetalia eksterna*, kaki, dan betis, serta payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat menghilang setelah persalinan. (Kumalasari, 2015:2).

b. Tanda Kemungkinan (Probability Sign)

Tanda kemungkinan hamil adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat diketahui oleh pemeriksa dengan melakukan pemeriksaan fisik kepada ibu hamil.

Tanda kemungkinan ini terdiri atas hal-hal berikut ini :

1) Pembesaran Perut

Terjadi pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan (Trimester II).

2) Tanda Hegar

Tanda Hegar adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthmus uteri.

3) Tanda Goodle.

Merupakan pelunakan serviks. Pada wanita yang tidak hamil serviks seperti ujung hidung, sedangkan pada wanita hamil melunak seperti bibir.

4) Tanda Chadwicks

Terjadi perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga porsio dan serviks.

5) Tanda Piscaseck

Merupakan pembesaran uterus yang tidak simetris.

Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat kornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.

6) Kontraksi Braxton Hicks

Merupakan pergelangan sel otot uterus, akibat meningkatnya actomysin di dalam otot uterus. Kontraksi ini tidak beritmik, sporadis, tidak nyeri, biasanya timbul pada kehamilan delapan minggu, tetapi baru dapat diamati dari pemeriksaan abdomen pada Trimester ketiga. Kontraksi ini akan terus meningkat frekuensinya, lamanya, dan kekuatannya sampai mendekati proses persalinan.

7) Teraba Ballotement

Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat di rasakan oleh tangan pemeriksa. Hal ini harus ada pada pemeriksaan kehamilan karena perabaan bagian seperti bentuk janin saja tidak cukup karena kemungkinan merupakan myoma uteri.

8) Pemeriksaan tes biologis kehamilan (planotes) positif.

Pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi adanya Human Chorionic Gonadotropin (hCG) yang diproduksi oleh sinsiotropoblastik sel selama kehamilan. Hormon ini disekresi di peredaran darah ibu pada plasenta darah, dan dieksresi pada urine ibu. Hormon ini dapat mulai dideteksi pada 26 hari setelah konsepsi dan meningkat dengan cepat pada hari ke 30 -60. Tingkat tertinggi pada hari 60-70 usia

gestasi dan selanjutnya menurun pada hari ke 100-130.
(Hani, 2011:75).

c. Tanda Pasti (Positive Sign)

Tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan secara pasti keberadaan janin, yang dapat dilihat langsung oleh pemeriksa.

Tanda pasti kehamilan antara lain adalah :

1) Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin harus dapat diraba dengan jelas.
Gerakan janin baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu (4 bulan).

2) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf (misalnya dopler).
Dengan stetoskop Laenec, Denyut Jantung Janin (DJJ) baru dapat didengar pada usia kehamilan 18-20 minggu.

3) Bagian-bagian janin

Bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (Trimester ketiga). Bagian janin ini dapat dilihat lebih sempurna lagi menggunakan alat USG.

4) Kerangka janin.

Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun pemeriksaan USG. (Hani, 2011:75).

5. Tanda Bahaya Pada Kehamilan

a. Tanda bahaya pada kehamilan muda

1) Perdarahan pervaginam pada masa hamil muda

Perdarahan pervaginam pada hamil muda dapat disebabkan oleh abortus, kehamilan ektopik, atau mola hidratidosa.

2) Hipertensi Gravidarum

a) Hipertensi kronik

Hipertensi yang menetap oleh sebab apapun, yang sudah ditemukan pada umur kehamilan kurang dari 20 minggu, atau hipertensi yang menetap setelah 6 minggu pasca salin.

b) Superimposed preeklampsia

Hipertensi yang sudah ada sebelum kehamilan dan diperberat oleh kehamilan.

3) Nyeri perut pada kehamilan muda

Nyeri perut pada kehamilan 22 minggu atau kurang.

Hal ini mungkin gejala utama pada kehamilan ektopik atau abortus.

b. Tanda bahaya pada kehamilan lanjut

- 1) Perdarahan pervaginam
- 2) Sakit kepala yang hebat
- 3) Penglihatan kabur
- 4) Bengkak di wajah dan jari-jari tangan
- 5) Keluar cairan pervaginam
- 6) Gerakan janin tidak terasa.

6. Perubahan Dan Adaptasi Fisiologis Dalam Masa Kehamilan

Perubahan anatomi dan fisiologi merupakan suatu bentuk adaptasi ibu terhadap kehamilan. Kehamilan tidak hanya mempengaruhi organ reproduksi wanita, Semua organ tubuh wanita yang hamil juga mengalami perubahan sebagai salah satu bentuk adaptasi terhadap kehamilan. Perubahan tersebut bertujuan untuk menunjang kehidupan, baik ibu maupun janin yang ada dalam rahim. Adaptasi terhadap kehamilan merupakan masalah fisiologi normal pada wanita hamil, memenuhi tuntutan metabolik akibat kehamilan, dan menyediakan kebutuhan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin. Adaptasi maternal disebabkan oleh hormon-hormon kehamilan dan tekanan mekanis yang timbul akibat pembesaran uterus serta jaringan yang lain. (Kamariyah dkk, 2014:29).

Berikut beberapa perubahan anatomi dan fisiologi yang terjadi pada wanita hamil :

a. Perubahan pada Sistem Reproduksi

1) Vagina dan vulva

Hormon estrogen mempengaruhi sistem reproduksi sehingga terjadi peningkatan vaskularisasi dan hiperemia pada vagian serta vulva. Peningkatan vaskularisasi menyebabkan warna kebiruan pada vagina yang disebut dengan *tanda Chadwick*. Perubahan pada dinding vagina meliputi peningkatan ketebalan mukosa, pelunakan jaringan peyambung, sampai hipertrofi otot polos. Akibat peregangan otot polos menyebabkan vagina menjadi lebih lunak. Perubahan yang lain ialah peningkatan sekret wanita dan mukosa vagina memetabolisme glikogen. Metabolisme ini terjadi akibat pengaruh hormon estrogen. Peningkatan laktobasilus menyebabkan metabolisme meningkat. Hasil metabolisme (glikogen) menyebabkan pH menjadi lebih asam (5,2-6). Keasaman vagina berguna untuk mengontrol pertumbuhan bakteri patogen. (Kumalasari, 2015:3).

2) Serviks

Perubahan serviks merupakan akibat pengaruh hormon estrogen sehingga menyebabkan massa dan kandungan air meningkat. Peningkatan vaskularisasi dan

edema, hiperplasia dan hipertrofi kelenjar serviks menyebabkan serviks menjadi lunak (*tanda Goodell*) serta serviks berwarna kebiruan *tanda Chadwick*. Akibat pelunakan ismus maka terjadi antefleksi uterus berlebihan pada tiga bulan pertama kehamilan. (Kumalasari, 2015:4).

3) Uterus

Perubahan uterus yang fenomenal pada Trimester pertama berlanjut sebagai respon terhadap stimulus kadar hormon esterogen dan progesteron yang tinggi. Pembesaran terjadi akibat :

- a) Peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah,
- b) Hiperplasia (produksi serabut otot dan jaringan fibroelastis baru) dan hipertrofi (pembesaran serabut otot dan jaringan fibroelastis yang sudah ada),
- c) Perkembangan desidua. (Kamariyah, 2014:29).

4) Ovarium

Selama kehamilan ovulasi berhenti. Pada awal kehamilan masih terdapat korpus luteum graviditatum dengan diameter 3 cm. Setelah plasenta terbentuk, korpus luteum graviditatum mengecil serta korpus luteum mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron (Kumalasari, 2015:4).

b. Perubahan Kardiovaskular atau Hemodinamik

- 1) Volume darah ibu meningkat sebanyak 30-50% pada kehamilan tunggal dan 50% pada kehamilan kembar, biasanya karena adanya retensi garam dan air yang disebabkan sekresi aldosteron dari adrenal oleh estrogen. *Cardiac output* meningkat kurang lebih 30%, pompa jantung meningkat 30% setelah kehamilan tiga bulan dan kemudian melambat hingga kehamilan 32 minggu. Setelah itu volume darah menjadi stabil.
- 2) Penekanan pada vena cava (aliran balik vena) dapat menyebabkan hipotensi arterial dan ibu dapat menjadi pingsan atau kehilangan kesadaran. Hal ini dapat diatasi dengan berbaring miring atau duduk. (Kumalasari,2015:5).

c. Sistem Pernafasan

Kebutuhan oksigen ibu meningkat sebagai respon terhadap percepatan laju metabolik, peningkatan kebutuhan oksigen jaringan uterus dan payudara. Peningkatan kadar estrogen menyebabkan ligamen pada kerangka iga berelaksasi sehingga ekspansi rongga dada meningkat. Panjang paru-paru berkurang karena rahim membesar. Peningkatan vaskularisasi juga terjadi pada traktus pernapasan atas bagian respons terhadap peningkatan kadar estrogen. Selama kehamilan, perubahan pada pusat pernapasan menyebabkan penurunan

ambang karbondioksida. Progesteron dan estrogen diduga menyebabkan peningkatan sensitivitas pusat pernapasan terhadap karbondioksida. Selain itu, kesadaran wanita hamil akan kebutuhan nafas meningkat. (Kamariyah, 2014:32).

d. Peruban pada ginjal

- 1) Selama kehamilan ginjal bekerja lebih berat. Ginjal menyaring darah yang meningkat 30-50% bahkan lebih, yang puncaknya terjadi pada kehamilan 16-24 minggu sampai sebelum persalinan (pada saat ini aliran darah ke ginjal berkurang akibat penekanan rahim yang membesar).
- 2) Terjadi miksi (berkemih) sering pada awal kehamilan karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar. Gejala ini akan menghilang pada Trimester tiga kehamilan dan di akhir kehamilan gangguan ini muncul kembali karena turunnya kepala janin ke rongga panggul yang menekan kandung kemih. (Kumalasari, 2015:5)

e. Sistem Endokrin

Kehamilan mempengaruhi hampir semua hormon di dalam tubuh.

- 1) Ovarium dan plasenta
- 2) Korpus luteum mulai menghasilkan estrogen dan progesteron, setelah plasenta terbentuk menjadi sumber utama kedua hormon tersebut. HCG (*Human Chorionic*

Gonadotropin) merupakan hormon utama yang dihasilkan oleh plasenta yang berperan mencegah ovulasi dan merangsang pembentukan estrogen serta progesteron oleh ovarium untuk mempertahankan kehamilan. Selain itu plasenta juga menghasilkan *Human Placental Lactogen (HPL)* atau *Human Chorionic Somatomammotropin (HCS)*, *Human Chorionic Thyrotropin (HCT)*, dan *Melanocyte-stimulating hormone* yang menyebabkan kulit berwarna lebih gelap di saat kehamilan. (Kumalasari, 2015:5).

- 3) Kelenjar tiroid menjadi lebih aktif. Yang menyebabkan denyut jantung cepat, jantung berdebar-debar (palpitasi), keringat berlebihan dan perubahan suasana hati, selain itu juga bisa terjadi pembesaran kelenjar tiroid. Akan tetapi, hipertiroidisme (overaktivitas kelenjar tiroid) hanya terjadi pada kurang dari 1% kehamilan. (Kumalasari, 2015:5).

- 4) Kelenjar paratiroid

Ukurannya meningkat karena kebutuhan kalsium janin meningkat pada minggu ke-15 sampai ke-35. Karena untuk mempertahankan kecukupan kalsium dalam darah, jadi tanpa hormon ini metabolisme tulang dan otot terganggu. (Kumalasari, 2015:5).

5) Pankreas

Sel tumbuh menghasilkan lebih banyak insulin untuk memenuhi kebutuhan yang meningkat. Oleh karena itu, ibu hamil yang menderita diabetes dapat mengalami gejala diabetes yang lebih buruk. (Kumalasari, 2015:5).

6) Kelenjar pituitari

Pada lobus anterior mengalami sedikit pembesaran dan terus menghasilkan semua hormon tropik, tetapi dengan jumlah yang berbeda. FSH di tekan oleh HCG. Hormon pertumbuhan berkurang sedangkan hormon melanotropik meningkat. Pembentukan prolaktin meningkat selama kehamilan dan persalinan. Oksitosin meningkat dan menstimulasi kontraksi otot uterus. (Kumalasari, 2015:5).

f. Hormon

Sepanjang kehamilan, vagina dipengaruhi oleh tingginya kadar hormon yang bersirkulasi terutama estrogen. Otot dinding vagina menebal dan menjadi lebih elastis. Peningkatan jumlah cairan yang dihasilkan oleh sel yang melapisi vagina menyebabkan bertambah banyaknya rabas vagina (*leukore*). Keseimbangan normal pada vagina terganggu akibat peningkatan kadar hormon. Peningkatan tersebut membuat lingkungan vagina menjadi lebih asam. Keasaman mencegah

invasi berbagai bakteri. Meskipun demikian infeksi vagina, terutama kandidiasis lebih sering terjadi. (Kamariyah, 2014:29).

Progesteron menurunkan sensitivitas otot rahim, menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis, serta menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

Estrogen dan progesteron harus dalam komposisi keseimbangan, sehingga kehamilan dapat dipertahankan. Perubahan keseimbangan antara estrogen dan progesteron memicu oksitosin dikeluarkan oleh hipofisis posterior. Oksitosin diduga bekerja sama dengan protagalndin yang kadarnya semakin meningkat mulai dari usia kehamilan ke-15. (Sulistyawati, 2010: 4).

7. Kebutuhan Ibu Hamil

a. Nutrisi

1) Kalori

Untuk orang hamil dan hamil kebutuhan kalori adalah sekitar 2300 dan 2800 Kkal. Kalori dipergunakan untuk produksi energi.

2) Protein

Untuk wanita tidak hamil konsumsi protein ideal adalah 0,9 gram/kg BB/hari tetapi selama kehamilan dibutuhkan

tambahab energi protein hingga 30 gram/hari. Protein yang dianjurkan adalah hewani seperti daging susu, telur, keju, dan ikan yang berfungsi untuk perkembangan buah kehamilan.

3) Vitamin

Vitamin sebelumnya telah terpenuhi dengan mengonsumsi buah dan sayur. Tetapi dapat diberikan ekstra vitamin. Pemberian asam folat akan mencegah kecacatan pada bayi.

b. Zat Besi

Jumlah yang diperlukan ibu untuk mencegah anemia akibat meningkatnya volume darah adalah 500 mg. Selama kehamilan seorang ibu hamil menyimpan zat besi kurang lebih 1.000 mg termasuk untuk keperluan janin, plasenta dan hemoglobin ibu sendiri. Oleh karena itu ibu hamil harus mengonsumsi 90 tablet Fe selama masa kehamilannya. (Sukarni, 2013:145).

c. Oksigen

Kebutuhan oksigen setiap manusia adalah sama yaitu bersih, tidak kotor, dan tidak berbau. Serta hindari ruangan yang penuh polusi udara seperti terminal dan ruangan yang sering digunakan untuk merokok. (Pantikawati dkk, 2010: 89).

d. Personal Hygiene

Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat. Kebersihan gigi dan mulut juga perlu mendapat perhatian karena

sering kali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. Rasa mual yang di alami ibu akan memperburuk hygiene mulut dan dapat menimbulkan karies gigi.

e. Pakaian selama hamil

Baju hendaknya yang longgar dan mudah dipakai, serta bahan yang mudah menyerap keringat. Yang perlu di hindari oleh ibu hamil adalah sabuk dan stoking yang terlalu ketat, karena akan mengganggu aliran balik serta sepatu hak tinggi karena akan menambah *lordosis* sehingga akan menambah sakit piggang.

f. Eliminasi (Buang Air Besar (BAB) dan Buang Air Kecil (BAK))

Pada saat kehamilan terjadi perubahan hormonal yang menyebabkan daerah kelamin menjadi basah. Situasi ini akan menyebabkan jamur yang menjadi gatal dan keputihan. Oleh karena itu ibu hamil harus mempelajari cara membersihkan alat kelamin dengan gerakan dari depan ke belakang setiap kali berkemih atau buang air besar dan harus mengeringkannya dengan menggunakan tisu atau yang lain setiap kali melakukannya.

g. Seksual

Selama kehamilan berjalan dengan baik maka *koitus* diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meski beberapa ahli mengatakan sebaiknya tidak berhubungan seks selama 14 hari

menjelang kelahiran. Gambar yang menunjukkan berbagai variasi posisi senggama sering membantu. Posisi wanita di atas, sisi dengan sisi dan memasukkan dari bawah adalah posisi alternatif yang dapat menggantikan posisi pria di atas. Posisi wanita di atas membantunya dapat mengatur sudut dan kedalaman penetrasi penis serta melindungi perut ibu hamil.

h. Mobilisasi dan *Body* mekanik

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan atau aktifitas fisik selama tidak terlalu melelahkan. Tetapi sering kali ibu hamil mengalami nyeri pada *ligamen* karena pelebaran dan tekanan pada *ligamen* karena adanya pembesaran rahim. Sikap tubuh yang harus diperhatikan oleh ibu adalah :

- 1) Duduk , tempatkan tangan dilutut dan tarik tubuh ke posisi tegak.
- 2) Berdiri, dengan menegakkan bahu dan mengangkat pantat. Tegak lurus dari telinga sampai ke tumit kaki.
- 3) Berjalan, penting untuk ibu hamil tidak memakai sepatu berhak tinggi atau tanpa hak.
- 4) Tidur, hindari tidur telentang, karena tekanan rahim pada pembuluh darah utama dapat menyebabkan pingsan.
- 5) Bangun dari berbaring, untuk bangun dari tempat tidur, geser dahulu tubuh ke tepi tempat tidur, kemudian tekuk lutut. Angakt tubuh perlahan dengan kedua tangan, putar tubuh lalu

perlahan turunkan kaki ibu. Diamlah dahulu dalam posisi duduk beberapa saat sebelum berdiri.

- 6) Memungkuk dan mengangkat, hindari membungkuk yang dapat membantu punggung tegang, termasuk untuk mengambil sesuatu yang ringan sekalipun.

i. *Exercise/Senam Hamil*

Ibu hamil perlu menjaga kesehatan tubuhnya dengan cara berjalan-jalan, renang, olah raga ringan dan senam hamil. (Kusmiyati, 2013: 104).

8. Perubahan Fisik Ibu Hamil

Uterus ibu yang tidak mengalami kehamilan memiliki panjang 7,5 cm, lebar 5 cm, serta tebal 2,5 cm, dan berat sekitar 60 gram. Ketika sudah aterm, ukurannya rata-rata menjadi 30cm x 23cm x 20cm dan berat meningkat sampai 900 gram. Pertumbuhan uterus dapat diukur melalui dinding abdomen sepanjang kehamilan. Pertumbuhan uterus yang adekuat merupakan indikator yang baik terhadap kesehatan dan pertumbuhan janin.

Perubahan fisik yang terjadi pada ibu hamil diantara adalah pada :

a. Payudara

Payudara biasanya membesar disebabkan karena hipertofi alveoli. Di bawah payudara sering tampak gambaran-gambaran dari vena yang meluas. Puting susu biasanya membesar dan

berwarna lebih gelap serta sering mengeluarkan kolostrum. Kelenjar Montgomery menonjol keluar, areola lebih gelap, dan nyeri tekan. Perubahan-perubahan pada payudara ini disebabkan karena pengaruh hormonal.

b. Pigmentasi

Mengalami pengumpulan pigmen di tiga area, linea nigra (garis gelap mengikuti *midline* atau garis tengah abdomen), topeng kehamilan (*cloasma*) merupakan bintik-bintik pigmen kecokelatan yang tampak dikulit kening dan pipi, serta peningkatan pigmentasi di sekeliling puting susu (areola).

c. Spider angioma

Spider angioma (pembuluh darah kecil yang memberi gambaran seperti laba-laba) bisa muncul di kulit, biasanya di atas pinggang. Sementara itu, pelebaran pembuluh darah kecil yang berdinding tipis sering kali tampak pada tungkai bawah.

d. Striae gravidarum

Striae gravidarum adalah tanda regangan yang dibentuk akibat serabut-serabut elastis dari lapisan kulit terdalam terpisah dan putus. Sehingga mengakibatkan pruritus atau rasa gatal.

e. Rerspirasi dan sekresi kelenjar lemak

Kelenjar sebacea atau keringat menjadi lebih aktif, sehingga mengakibatkan ibu hamil mungkin mengalami gangguan bau badan (Kumalasari, 2015:6).

g. Sistem Muskuloskeletal

1) Gigi, tulang dan persendian membutuhkan sepertiga lebih banyak kalsium dan fosfor pada masa kehamilan.

2) Saliva yang asam pada saat hamil membantu aktivitas penghancuran bakteri email yang menyebabkan karies gigi.

3) Sendi pelvik sedikit dapat bergerak.

Bahu tertarik lebih ke belakang dan tulang belakang lebih melengkung, merupakan akibat dari penyesuaian diri karena janin yang membesar dalam abdomen sehingga tulang belakang menjadi *kifosis*. (Kumalasari, 2015:7).

h. Perubahan sistem Gastrointestinal

1) Janin yang semakin membesar akan menekan rektum dan usus bagian bawah sehingga terjadi sembelit (konstipasi). Sembelit semakin berat karena gerakan otot di dalam usus di perlambat tingginya kadar progesteron.

2) Wanita hamil sering kali mengalami *heartburn* (rasa panas di dada) dan sendawa, yang terjadi karena makanan lebih lama berada di dalam lambung dan karena relaksasi sfingter

di kerongkongan bagian bawah yang memungkinkan isi lambung mengalir kembali ke dalam kerongkongan.

- 3) Ulkus gastrikum jaringan ditemukan pada wanita hamil dan jika sebelumnya menderita ulkus gastrikum biasanya akan membaik karena asam lambung yang di hasilkan lebih sedikit (Kumalasari, 2015:7).

Tabel 2.1
Rekomendasi kenaikan total berat badan ibu hamil
berdasarkan berat badan ibu selama hamil

Berat badan sebelum hamil	BMI	Kenaikan Berat Badan (BB) total yang dianjurkan (kg)
Berat badan kurang (Underweight)	<19,8	12,5-18
Berat badan normal (Normal weight)	19,8-26,0	11,5-16
Berat badan berlebih (Overweight)	26,0-29,0	7-11,5
Obesitas	>29,0	<6,8

Sumber: (Manuaba, 2012:117).

9. Perubahan Adaptasi Psikologis Selama Kehamilan

- a. Perubahan dan adaptasi psikologis pada kehamilan Trimester I

1) Periode Penyesuaian

- a) Ibu merasa tidak sehat dan kadang merasa benci dengan kehamilan yang dijalannya.

- b) Kadang muncul penolakan, kekecewaan, kecemasan, serta kesedihan. Bahkan kadang ibu berharap agar dirinya tidak mengalami kehamilan.
- c) Ibu akan selalu mencari tanda-tanda apakah ibu benar-benar hamil. Hal ini dilakukan untuk meyakinkan dirinya.
- d) Setiap perubahan yang terjadi pada dirinya akan selalu mendapat perhatian dengan seksama.
- e) Oleh karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin akan diberitahukannya kepada orang lain atau malah mungkin dirahasiakan dari orang terdekatnya.
- f) Hasrat untuk melakukan hubungan seks berbeda-beda pada tiap wanita, tetapi kebanyakan akan mengalami penurunan. (Sulistyawati, 2012:76).

Perubahan psikologis yang terjadi pada kehamilan Trimester I didasari pada teori Revarubin. Teori ini menekankan pada pencapaian peran sebagai ibu, yaitu untuk mencapai peran ini seorang wanita memerlukan proses belajar melalui serangkaian aktivitas.

Beberapa tahapan aktivitas penting seorang menjadi ibu adalah sebagai berikut.

- a) *Taking on*. Seorang wanita dalam pencapaian peran sebagai ibu akan memulainya dengan meniru dan melakukan peran ibu.
- b) *Taking ini*. Seorang wanita sudah mulai membayangkan peran yang akan dilakukan.
- c) *Letting go*. Wanita mengingat kembali proses dan aktivitas yang sudah di lakukannya. (Kamariyah, 2014:39).

2) Respon Ibu

Setiap ibu akan memberikan reaksi yang berbeda-beda mengenai kehamilannya. Berikut adalah reaksi psikologis yang timbul pada beberapa wanita yang ada :

a) Kecemasan.

Ibu tidak yakin apakah dapat menjadi orang tua yang baik. Jika pada multigravida, kecemasan berhubungan dengan pengalaman yang lalu. Banyak wanita hamil yang mimpi seperti nyata, di mana hal ini sangat mengganggu. Mimpinya sering kali tentang bayinya yang bisa diartikan oleh ibu apalagi bila menyenangkan.

b) Ketakutan.

Berkaitan dengan kehilangan perhatian atau kasih sayang dari orang-orang terdekat, terutama suami,

karena perubahan bentuk fisik misalnya menjadi gemuk, timbul jerawat, tidak cantik lagi dan sebagainya.

c) Perasaan panik/gelisah.

Berkaitan dengan kemampuannya untuk menjaga kehamilan sampai saat persalinan sebagai seorang ibu yang baik.

d) Ibu akan mencari tanda-tanda untuk lebih meyakinkan bahwa dirinya memang hamil. Setiap perubahan yang terjadi pada tubuhnya akan selalu diperhatikan dengan seksama. Oleh karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin diberitahukannya kepada orang lain atau orang terdekat oleh ibu lainnya.

e) Wanita hamil mengalami perubahan keinginan seksual. Banyak wanita merasa butuh untuk dicintai dan merasakan kuat untuk mencintai namun tanpa hubungan seks. Hal ini karena ketidaknyamanan fisik dan kekhawatiran terjadi keguguran, terutama bagi mereka yang mengalami riwayat keguguran. Terkadang libido akan meningkat secara tiba-tiba. Psikologis seorang ibu hamil akan cenderung lebih sensitif terutama dalam hal perasaan dengan pasangannya.

Kadang timbul perasaan kurang disayangi, merasa perhatiannya berkurang, atau suaminya tidak cinta lagi pada dirinya. (Kamariyah, 2014:40).

d) Bentuk motivasi

(1) Motivasi suami.

Reaksi pertama seorang pria ketika mengetahui bahwa dirinya akan menjadi seorang ayah adalah timbulnya kebanggaan atas kemampuannya mempunyai keturunan bercampur dengan keprihatinan akan kesiapannya menjadi seorang ayah serta menjadi pencari nafkah bagi keluarganya. Seorang calon mungkin akan sangat memperhatikan keadaan ibu yang mulai hamil dan menghindari hubungan seks karena takut akan mencederai bayinya. Ada pula pria yang hasrat seksualnya terhadap wanita hamil relatif lebih besar. Bentuk dukungan suami lebih pada :

- (a) Untuk saling berkomunikasi dari sejak awal,
- (b) Menempatkan nilai-nilai penting dalam keluarga untuk mempersiapkan menjadi orang tua.

(2) Motivasi keluarga.

Wanita hamil sering kali merasakan ketergantungan terhadap orang lain. Keluarga dalam

hal ini harus menjadi bagian dalam mempersiapkan pasangan menjadi orang tua. (Kamariyah, 2014:41).

b. Perubahan dan adaptasi psikologis pada kehamilan trimester II

1) Periode Kesehatan Yang Baik

- a) Ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi.
- b) Ibu sudah bisa menerima kehamilannya.
- c) Merasakan gerakan anak.
- d) Merasa terlepas dari ketidaknyamanan dan kekhawatiran.
- e) Libido meningkat.
- f) Menuntut perhatian dan cinta.
- g) Merasa bahwa bayi sebagai individu yang merupakan bagian dari dirinya.
- h) Hubungan sosial meningkat dengan wanita hamil lainnya atau pada orang lain yang baru menjadi ibu.
- i) Ketertarikan dan aktivitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran, dan untuk peran baru.

(Sulistyawati, 2012:76).

2) Pembagian perubahan psikologis pada Trimester II

- a) Fase *prequickening* (sebelum adanya gerakan janin yang dirasakan ibu). Ibu hamil menganalisis dan mengevaluasi segala hubungan interpersonal yang telah

terjadi selama ini dengan ibunya yang akan menjadi dasar bagaimana ia mengembangkan hubungan dengan anak yang akan dilahirkannya. Proses yang terjadi dalam masa pengevaluasian kembali ini adalah perubahan identitas dari penerima kasih sayang (dari ibunya) menjadi pemberi kasih sayang (persiapan menjadi seorang ibu). Transisi ini memberikan pengertian yang jelas bagi ibu hamil untuk mempersiapkan dirinya sebagai ibu yang memberikan kasih sayang kepada anak yang akan dilahirkannya. (Kamariyah, 2014:42).

- b) Fase *postquickening* (setelah adanya gerakan janin yang dirasakan oleh ibu). Setelah ibu hamil merasakan *quickening*, identitas keibuan yang jelas akan muncul. Ibu hamil akan fokus pada kehamilannya dan persiapan menghadapi peran baru sebagai seorang ibu. Pergerakan bayi yang dirasakan membantu ibu membangun konsep bahwa bayinya adalah individu yang terpisah dari dirinya. Hal ini menyebabkan perubahan fokus pada bayinya. (Kamariyah, 2014:42).

3) Reaksi Orang-orang di Sekitar Ibu Hamil

Suami juga mengalami perubahan psikologis seiring perubahan yang dialami istrinya yang sedang hamil. Suami

juga merasakan perubahan nafsu makan, perubahan berat badan, rasa sakit kepala hingga kecemasan dan ketakutan dirasakan oleh suami yang istrinya sedang hamil. Saat ini suami lebih aktif ikut menangani dalam kehamilan istrinya dan turut merasakan tanggung jawab akan kelahiran bayinya. (Kamariyah, 2014:43).

4) Berhubungan Seks

Ibu hamil dan pasangannya perlu dijelaskan bahwa tidak ada yang perlu dikhawatirkan dalam hubungan seks. Janin tidak akan terpengaruh karena berada di belakang serviks dan dilindungi oleh cairan amniotik dalam uterus. Namun dalam beberapa kondisi, hubungan seks dalam trimester kedua tidak diperbolehkan, seperti pada plasenta previa dan ibu dengan riwayat persalinan prematur. Walaupun sebagian ibu hamil merasakan seks selama hamil terasa meningkat, tidak semua libido wanita naik pada trimester kedua. (Kamariyah, 2014:43).

c. Perubahan dan adaptasi psikologis pada kehamilan trimester III Periode Penantian Dengan Penuh Kewaspadaan

- 1) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
- 2) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu.

- 3) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya
- 4) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- 5) Merasa sedih karena akan terpisah dengan bayinya.
- 6) Merasa kehilangan perhatian.
- 7) Perasaan mudah terluka (sensitif).
- 8) Libido menurun. (Sulistyawati, 2012:77).

10. Persiapan persalinan

- a. Mendiskusikan serta menentukan tempat dan calon penolong persalinan .
 - 1) Suami dan keluarga memberi dukungan moral kepada ibu serta melakukan pendampingan selama pemeriksaan kehamilan dan pada saat proses persalinan berlangsung.
 - 2) Suami dan keluarga menyetujui serta mendukung petugas kesehatan jika dilakukan rujukan.
- b. Menyiapkan dana untuk kepentingan dan kebutuhan ibu selama hamil, bersalin nifas termasuk biaya rujukan.
 - 1) Suami dan keluarga berupaya menyiapkan dana yang cukup untuk biaya tindakan penanganan komplikasi.
 - 2) Suami dan keluarga selalu mendampingi ibu dalam penanganan komplikasi.

c. Mengupayakan dan mempersiapkan transportasi jika sewaktu-waktu diperlukan.

1) Suami dan keluarga segera menghubungi ambulan desa pada saat rujukan.

2) Ibu harus mendapatkan pelayanan yang tepat dan cepat apabila terjadi komplikasi dalam kehamilan, persalinan dan nifas.

d. Menyiapkan calon donor darah yang bersedia membantu jika sewaktu-waktu diperlukan.

1) Suami dan keluarga berupaya menyiapkan calon pendonor darah untuk kebutuhan transfusi darah jika sewaktu-waktu diperlukan.

e. Menentukan pedamping ibu pada saat bersalin.

f. Mempersiapkan tas yang berisi kebutuhan ibu dan bayi pada saat proses persalinan.

g. Mendiskusikan dan menentukan metode Keluarga Berencana (KB) yang akan diperlukan pasca persalinan.

1) Ibu dan suami mengetahui jenis, metode, manfaat, efek samping.

2) Menyepakati alat kontrasepsi yang akan digunakan.

3) Mendatangi tempat pelayanan kesehatan untuk mendapat pelayanan Keluarga Berencana (KB).

- 4) Datang ke pelayanan kesehatan jika mengalami efek samping atau jika ingin berganti alat kontrasepsi. (Depkes RI, 2009).



2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain. Dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini di mulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. (Nugraheni, 2010: 2).

Sedangkan menurut Fritasari (2013:14) persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses yang di alami ini dimulai dengan kontraksi persalinan yang ditandai dengan perubahan progresif pada serviks, diakhiri dengan pengeluaran plasenta oleh ibu.

2. Lima Dasar Benang Merah Dalam Asuhan Kebidanan

Lima dasar benang merah yang peting dan saling berkaitan dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Aspek tersebut melekat pada setiap proses persalinan, baik normal ataupun patologis. Antaranya adalah:

a. Membuat Keputusan Klinik

Adalah proses yang menentukan dalam penyelesaian masalah asuhan yang di perlukan oleh klien. Keputusan yang diambil harus akurat, komperhensif, dan aman baik untuk klien,

keluarga maupun petugas kesehatan yang membantu proses persalinan.

b. Asuhan Sayang Ibu dan Bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghormati budaya setempat, kepercayaan dan keinginan ibu. Dengan mengikutsertakan suami dan keluarga dalam proses persalinan. Penelitian menunjukkan jika perhatian dan dukungan yang diberikan kepada ibu selama proses persalinan akan membuat ibu merasa aman dan nyaman.

c. Pencegahan Infeksi

PI atau Pencegahan Infeksi adalah komponen yang tidak boleh terpisahkan selama proses persalinan sampai kelahiran bayi dan plasenta. Hal ini harus diterapkan agar Bayi Baru Lahir (BBL), keluarga, serta penolong persalinan terhindar dari infeksi karena bakteri, virus, serta jamur. Selain itu juga untuk mengurangi resiko penularan penyakit berbahaya seperti Hepatitis dan HIV/AIDS.

1) Pedoman pencegahan infeksi

Cara yang efektif dalam mencegah penyebaran penyakit dari satu orang ke orang yang lain atau dari peralatan ke orang dapat dilakukan dengan meletakkan penghalang di antara mikroorganisme dan individu (pasien atau petugas kesehatan). (Uliyah, 2015: 131).

Penghalang ini dapat berupa upaya fisik, mekanik, atau kimia yang meliputi hal berikut :

- a) Mencuci tangan.
- b) Menggunakan sarung tangan (pada kedua tangan), baik saat melakukan tindakan, atau saat memegang benda yang terkontaminasi (alat kesehatan atau kain bekas pakai).
- c) Penggunaan cairan antiseptik untuk membersihkan luka pada kulit.
- d) Pemrosesan alat bekas pakai (dekontaminasi, cuci dan bilas, serta disinfeksi tingkat tinggi atau sterilisasi).
- e) Pembuangan sampah.

2) Mencuci tangan

Mencuci kedua tangan merupakan prosedur awal yang dilakukan petugas kesehatan dalam memberikan tindakan. Hal ini bertujuan untuk membersihkan tangan dari segala kotoran, mencegah terjadi infeksi silang melalui tangan, dan persiapan bedah atau tindakan pembedahan.

a) Teknik mencuci tangan

(1) Persiapan alat dan bahan

- (a) Air bersih
- (b) Handuk
- (c) Sabun
- (d) Sikat lunak

(2) Prosedur kerja

- (a) Lepaskan segala yang melekat pada daerah tangan seperti cincin, gelang dan jam tangan.
- (b) Basahi jari tangan, lengan hingga siku dengan air dan kemudian sabun dan sikat jika perlu.
- (c) Bilas dengan air bersih yang mengalir dan keringkan dengan menggunakan handuk pribadi yang bersih dan kering. (Uliyah, 2015: 132).

Tujuh langkah cara cuci tangan



Gambar 2.4
Tujuh langkah cara cuci tangan

Sumber : Musrifatul : 2015.

3) Pelindung diri

a) Menggunakan sarung tangan

Sarung tangan digunakan dalam melakukan prosedur tindakan, dengan tujuan mencegah terjadinya penularan kuman dan mengurangi risiko tertularnya penyakit. (Uliyah, 2015: 132).

b) Menggunakan masker

Tindakan pengamanan yang menutup hidung dan mulut dengan menggunakan masker, bertujuan untuk mencegah atau mengurangi transmisi droplet mikroorganisme saat merawat pasien (Uliyah, 2015: 133).

4) Sterilisasi dan Desinfeksi

a) Sterilisasi

Sterilisasi merupakan upaya pembunuhan atau penghancuran semua bentuk kehidupan mikroba yang dilakukan proses fisik dan kimiawi. Sterilisasi juga sebagai tindakan membunuh kuman patogen atau apatogen beserta spora yang terdapat pada alat perawatan dengan cara merebus, *stoom*, panas tinggi atau kimia. Jenis sterilisasi adalah sterilisasi cepat, panas kering, gas (formalin H_2O_2), dan radiasi ionisasi. Hal-hal yang perlu diperhatikan adalah (1) Sterilisator atau alat untuk mensteril harus siap pakai, bersih, dan dapat berfungsi dengan baik.

- (2) Peralatan yang akan disterilisasi harus dibungkus dan diberi label yang jelas dengan menulis jenis peralatan, jumlah, dan tanggal dilakukannya steril.
- (3) Penataan alat harus berprinsip semua bagian dapat steril.
- (4) Tidak boleh menambahkan peralatan dalam sterilisator sebelum waktu mensteril selesai.
- (5) Memindahkan alat steril ke dalam tempatnya dengan menggunakan korentang steril.
- (6) Memindahkan alat steril tidak boleh membuka pembungkusnya, jika terbuka harus dilakukan sterilisasi ulang. (Uliyah, 2015: 134).

b) Disinfeksi

Merupakan proses pembuangan semua mikroorganisme patogen pada objek yang tidak hidup dengan pengecualian terhadap endospora bakteri. Hal ini juga dikatakan suatu tindakan yang dilakukan untuk membunuh kuman patogen dan apatogen tetapi tidak dengan membunuh sopra. Dilakukan dengan menggunakan bahan desinfektan melalui cara mencuci, mengoles, merendam serta menjemur untuk mencegah terjadinya infeksi serta mengondisikan alat dalam keadaan siap pakai.

Cara disinfeksi adalah :

(1) Dengan cara mencuci

- (a) Cuci alat perawatan seperti pinset, arteri klem, gunting, dan yang lain dengan larutan desinfeksi sebelum dilakukan proses sterilisasi.

(2) Dengan cara merendam

- (a) Rendam peralatan dengan larutan disinfeksi seperti lisol 0,5 %.
- (b) Rendam peralatan dengan larutan lisol 3-5 % selama 2 jam.
- (c) Rendam peralatan tenunan dengan lisol 3-5 % ± 24 jam.

(3) Dengan cara menjemur

- (a) Jemur kasur atau tempat tidur, urineal, pispot dan lain-lain selama 2 jam.

(4) Cara membuat larutan disinfeksi (sabun)

- (a) Sabun padat/ krim/ cair
- (b) Gelas ukur
- (c) Timbangan
- (d) Sendok makan
- (e) Alat pengocok
- (f) Air panas atau hangat dalam tempatnya
- (g) Baskom.

Prosedur kerja

- (a) Masukkan 4 g sabun dalam 1 liter air panas atau hangat kemudian aduk hingga larut.
- (b) Masukkan 3 cc sabun cair ke dalam 1 liter air panas atau hangat kemudian aduk hingga larut.

Larutan ini dapat digunakan untuk mencuci tangan atau peralatan medis.

(5) Cara membuat larutan disinfeksi (lisol dan kreolin)

- (a) Larutan lisol atau kreolin
- (b) Gelas ukur
- (c) Baskom berisi air

Prosedur kerja :

- (a) Masukkan larutan lisol atau kreolin 0,5 % sebanyak 5 cc ke dalam 1 liter air. Larutan ini dapat digunakan untuk mencuci tangan.
- (b) Masukkan larutan lisol atau kreolin 2% atau 3% sebanyak 20 cc. Larutan ini dapat digunakan untuk merendam peralatan medis.

(6) Cara membuat larutan disinfeksi (savlon)

- (a) Savlon
- (b) Gelas ukur
- (c) Baskom berisi air secukupnya

Prosedur kerja

- (a) Masukkan larutan savlon 0,5% sebanyak 5 cc ke dalam 1 liter air.
- (b) Masukkan larutan savlon 1% sebanyak 10 cc ke dalam 1 liter air. (Uliyah, 2015: 136).

5) Dekontaminasi

Prosedur kerja

- a) Gunakan sarung tangan yang tebal atau yang terbuat dari lateks.
- b) Masukkan alat yang terkontaminasi dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit .
- c) Pastikan alat terendam seluruhnya.

Rumus membuat larutan klorin :

$$\text{Jumlah bagian air} = \frac{\% \text{ larutan konsentrat}}{\% \text{ larutan yang diinginkan}} - 1$$

Contoh :

Untuk membuat larutan klorin 0,5% dari larutan klorin 5% caranya adalah :

$$\text{Jumlah bagian air} = \frac{5\%}{0,5\%} - 9$$

Maka hasilnya adalah 9 : 1 artinya tambahkan 9 bagian air ke dalam bagian larutan klorin pekat 5%

Contohnya jika membuat larutan klorin 0,5% sebanyak 1 liter.

maka caranya :

$$\text{Air} = 9/10 \times 1.000 \text{ cc} = 900 \text{ cc}$$

$$\text{Klorin} = 1/10 \times 1.000 \text{ cc} = 100 \text{ cc}$$

Jadi menambahkan 900 cc air dan klorin 100 cc.

Rumus membuat larutan klorin 0,5 % dari serbuk kering :

$$\text{Gram per liter} = \frac{\% \text{ larutan yang diinginkan}}{\% \text{ larutan konsentrat}} \times 1.000$$

Contoh :

Untuk membuat larutan klorin 0,5% dari bubuk klorin yang bisa melepaskan klorin yang mengandung 35% klorin, caranya adalah :

$$\text{Gram per liter} = \frac{0,5\%}{35\%} \times 1.000 = 14,3 \text{ gram/liter}$$

Jadi hasilnya tambahkan 14,3 gram bubuk klorin 35% ke dalam 1 liter air bersih. (Uliyah, 2015: 136).

6) Disinfeksi tigkat tinggi (DTT)

a) Disinfeksi tigkat tinggi (DTT) dengan cara di rebus

Dengan alat panci, air dan kompor.

(1) Prosedur kerja

- (a) Isi air pada panci
- (b) Masukkan alat yang akan didisinfeksi
- (c) Pastikan semua peralatan terendam
- (d) Mulai panaskan
- (e) Hitung saat air mulai mendidih

(f) Jangan berikan benda apapun ke dalam air mendidih setelah penghitungan waktu dimulai

(g) Rebus selama 20 menit

(h) Setelah itu alat diangin-anginkan kemudian simpan dalam wadah DTT dan berpenutup kurang lebih 1 minggu.

b) Disinfeksi tigkat tinggi (DTT) dengan uap panas

(1) Setelah alat didekontaminasi dan dicuci maka jangan ditaburi bubuk talk.

(2) Gunakan panci dengan penutup rapat dengan tiga susun nampan pengukus.

(3) Letakkan penutup di atas nampan pengukus paling atas dan panaskan air hingga mendidih.

(4) Jika uap mulai keluar dari selah-selah panci pengukus, maka mulai perhitungan waktu.

(5) Kukus alat selama 20 menit, buka tutup dan letakkan dalam posisi terbalik.

(6) Angkat nampan paling atas dan goyang-goyangkan agar air yang tersisa pada alat dapat menetes keluar.

(7) Biarkan alat kering dengan cara diangin-anginkan selama 4-6 jam.

c) Disinfeksi tigkat tinggi (DTT) dengan cara kimiawi

(a) Letakkan peralatan dalam keadaan kering

- (b) Rendam alat dalam larutan kimia (klorin atau glutaraldehid) selama 20 menit
- (c) Bilas alat dengan air matang dan angin-anginkan sampai kering kemudian simpan pada tempat DTT
- (d) Setelah kering, pindahkan ke wadah DTT dan tutup rapat. (Uliyah, 2015: 137).

d. Pencatatan atau Dokumentasi

Melakukan pencatatan pada setiap asuhan yang diberikan kepada ibu dan bayinya. Jika pencatatan tidak dilakukan maka dianggap jika asuhan yang diberikan kepada ibu dan bayinya tidak dilakukan. Pencatatan adalah bagian penting dalam proses membuat keputusan klinik karena penolong persalinan harus terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayinya. Melakukan pengkajian ulang catatan kemungkinan untuk menganalisa data yang telah dikumpulkan dan lebih efektif dalam merumuskan suatu diagnosa dan membuat rencana asuhan atau perawatan bagi ibu atau bayinya.

e. Rujukan

Rujukan merupakan kondisi yang optimal dan tepat waktu dalam pergi ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana yang lebih lengkap. Dengan tujuan untuk menyelamatkan jiwa ibu dan bayinya. Sebagian besar ibu akan mengalami persalinan

normal, namun sekitar 10-15% diantaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan, sehingga perlu dilakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang memiliki fasilitas lebih lengkap. Sangat sulit untuk menduga kapan peyulit akan terjadi sehingga kesiapan merujuk ibu harus dilakukan secara optimal dan tepat waktu. Hal tersebut menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan. Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu menangani kasus gawat darurat obstetric dan Bayi Baru Lahir (BBL). (APN, 2008:1-35).

Dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi harus disertai dengan BAKSOKUDA, yaitu :

- B (Bidan) :Pastika ibu dan bayi didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk penatalaksanaan kegawat daruratan.
- A (Alat) :Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, nifas dan Bayi Baru Lahir (BBL) ke tempat rujukan.
- K (keluarga) :Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi ibu dan bayinya mengenai rujukan yang harus dilakuka.

S (Surat) :Berikan surat tempat rujukan untuk mengetahui kondisi yang ada serta cantumkan alasan dilakukannya rujukan.

O (Obat) :Bawa obat-obat esensial pada saat mengantar ibu dan bayinya ke tempat rujukan.

K (Kendaraan) :Siapkan kendaraan yang memungkinkan untuk merujuk.

U (Uang) :Ingatkan pada keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk kebutuhan selanjutnya.

DA (Do'a) :Beitahu keluarga untuk selalu memohon doa agar diberi kelancaran dalam melakukan rujukan (JNPKR, 2008:37).

3. Fisiologi Persalinan

a. Jenis Persalinan

1) Persalinan spontan

Persalinan dikatakan spontan jika persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir (Marmi, 2012:3).

2) Persalinan buatan

Persalinan buatan yaitu persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan

forceps atau dilakukan operasi Sectio Caesarea (SC) (Sarwono, 2012:89).

3) Persalinan anjuran

Persalinan anjuran adalah kekuatan yang diperlukan untuk persalinan yang ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya Pitocin dan Prostaglandin (Sarwono, 2012:89).

b. Sebab-sebab mulainya persalinan

1) Penurunan kadar progesteron

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim. Selama kehamilan terdapat kesinambungan antara kadar progesteron dan estrogen di dalam darah tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron dan estroge menurun sehingga timbul his (Fritsari,2013). Progesteron merupakan hormon penting untuk memperthankan kehamilan. Progesteron berfungsi menurunkan kontraktilitas dengan cara meningkatkan potensi membrane istirahat paa sel,iometrium sehingga menstabilkan Ca membran dan kontraksi berkurang,uterus rileks dan tenang. Pada akhir kehamilan terjadi penurunan kadar progesteron yang mengakibatkan peningkatan kontraksi uterus karena sintesa rostaglandin di chorioamnion (Marmi, 2012).

2) Teory Oxytocin

- a) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior (Rohani dkk, 2011 : 5).
- b) perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim sehingga sering terjadi kontraksi braxton hicks (Rohani dkk,2011: 5).
- c) Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan ktivitas sehingga persalinan dimulai (Rohani dkk,2011: 5)

3) Keregangan otot

Dengan majunya kehamilan makin semakin teregang pula otot-otot dalam rahim (Fritasari, 2103). Otot rahim mempunyai kemampuan untuk meregang dalam batas waktu tertentu. Setelah batas waktu tersebut maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan akan segera dimulai. Keadaan uterus yang terus membesar mengakibatkan iskemia otot uterus. Hal ini merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenter sehingga plasenta mengalami degenerasi. (Sumariah, 2009).

4) Pengaruh janin

Hypofise dan kelenjar suparental janin karena pada anecephalus kehamilan sering lebih lama dari biasanya (Fritasari, 2013).

5) Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh decidua adalah salah satu penyebab permulaan persalinan. Hasil dari penelitian menunjukkan jika prostaglandin F2 atau E2 yang diberikan secara Intravena (IV) dan Extramnal menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan (Fritasari, 2013). Prostaglandin meningkat pada 15 minggu, dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin pada saat hamil menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga terjadi persalinan (Sumaria, 2009). Prostaglandin dihasilkan oleh lapisan dalam rahim dapat menyebabkan kontraksi rahim. Pemberian prostaglandin dari luar dapat menyebabkan kontraksi otot rahim dan terjadi persalinan atau keguguran (Bandiyah, 2009).

6) Teori fetal cortisol

Dalam teori ini diajukan sebagai Pemberi Tanda dimulainya persalinan. Diduga akibat peningkatan tiba-tiba kadar kortisol plasma janin. Kortisol janin akan mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesteron berkurang serta memperbesar sekresi estrogen, sehingga memperbesar sekresi estrogen, selanjutnya berpengaruh terhadap meningkatnya produksi prostaglandin yang menyebabkan iritability

myometrium meningkat. Cacat bawaan janin seperti anencepalus, hypoplasia adrenal dan tidak adanya kelenjar hipofisi pada janin tidak adanya kelenjar hipofisis pada janin akan menyebabkan kortisol janin tidak di produksi dengan baik sehingga kehamilan dapat berjalan dengan lewat bulang (Post Date). (Marmi, 2012).

7) Teori fetal membran

Meingktanya hormon estrogen penyebab terjadinya esterified yang menghasilkan arachnoid acide yang membentuk prostaglandin dan mengakibatkan kontraksi myomauteri. (Marmi, 2012).

8) Teori hipotalamus-pituitari dan glandula suprarenalsi

Kehamilan dengan anencepalus sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikostetroid yang dapat menyebabkan maturitas janin dan induksi persalinan. Sehingga adanya hubungan antara hipotalamus-pituitari dengan mulainya persalinan. Glandula suprarenalsi merupakan pemicu terjadi mulainya persalinan (Marmi, 2012).

9) Teori plasenta sudah tua

Plasenta yang menjadi tua akan menyebabkan penurunan kadar estrogen dan progesteron sehingga menyebabkan

kekejangan pembuluh darah dan akhirnya menimbulkan kontraksi rahim. (Marmi, 2012: 7).

10) Induksi partus (Induction Of Labor)

Selain itu partus juga dapat disebabkan beberapa hal diantaranya adalah :

a) Gagang laminaria : beberapa laminaria dimasukkan ke dalam kanalis servikalis dengan tujuan untuk merangsang fleksus frankenhauser.

b) Amniotomi atau pemecahan ketuban.

c) Oksitosin drips : memberikan oksitosin melalui tetesan infus per menit. Syarat induksi persalinan yang diperhatikan jika serviks sudah matang (serviks sudah pendek dan lembek) dan kanalis serviks sudah terbuka untuk satu jari. (Marmi, 2012: 7).

c. Persalinan berdasarkan umur kehamilan :

1) Abortus

Merupakan hasil pengeluaran konsepsi sebelum janin bisa hidup di luar kandungan dengan umur janin kurang dari 20 minggu atau berat kurang dari 500 gram. (Prawirohardjo, 2011: 460).

2) Partus imaturus

Pengeluaran hasil konsepsi pada usia janin sekitar 22 minggu sampai dengan 28 minggu dengan berat badan antara 500-999 gram. (Marmi, 2016: 4).

3) Partus prematurus

Persalinan yang terjadi pada usia kehamilan 28-36 minggu. Janin dapat hidup di luar kandungan (prematur) dengan berat antara 1000-2500 gram. Ini merupakan masalah besar karena dengan berat janin kurang dari 2500 gram dan umur kandungan yang kurang dari 37 minggu, maka alat-alat vital seperti otak, jantung, paru-paru dan ginjal belum dapat berfungsi dengan normal sehingga akan mengalami kesulitan dalam beradaptasi dan untuk tumbuh dan berkembang. (Rahmawati, 2010).

4) Partus matures atau aterm (cukup bulan)

Persalinan yang berlangsung pada usia kehamilan 37 minggu sampai dengan 42 minggu dengan berat janin lebih dari 2500 gram. (Marmi, 2016: 4).

5) Partus postmaturus (serotinus)

Persalinan yang terjadi pada lebih dua minggu atau lebih dari perkiraan persalinan (postmatur). Sedangkan menurut Manuaba (1998) merupakan kehamilan yang terjadi lebih pada 42 minggu sebelum terjadi persalinan. (Marmi, 2016: 4).

6) Partus presipitatus

Merupakan persalinan yang berlangsung sangat cepat dengan waktu kurang dari 3 jam. Hal ini disebabkan oleh abnormalitas, kontraksi uterus serta rahim terlalu kuat. Keadaan ini sangat jarang dijumpai. Tidak ada rasa nyeri pada saat his menyebabkan ibu tidak menyadari adanya proses persalinan. (Maryunani, 2016: 267).

d. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

1) HIS

Otot rahim terdiri dari 3 lapis, dengan susunan berupa anyaman yang sempurna. Terdiri atas lapisan otot longitudinal di bagian luar, lapisan otot sirkular di bagian dalam, dan lapisan otot menyilang di antara keduanya. Dengan susunan demikian, ketika otot rahim berkontraksi maka pembuluh darah yang terbuka setelah plasenta lahir akan terjepit oleh otot dan perdarahan dapat berhenti.

a) Sifat His

(1) His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan.

(2) His yang efektif

(a) Kontraksi otot rahim dimulai dari daerah tuba dan ligamentum rotundum kemudian menjalar ke seluruh bagian uterus.

(b) Gelombang kontraksi simetris dan terkoordinasi.

(c) Di dominasi oleh fundus kemudian menjalar ke seluruh otot rahim.

(d) Kekuatannya seperti mekanisme memeras isi rahim.

(e) Otot rahim yang telah berkontraksi tidak kembali ke panjang semula sehingga terjadi retraksi dan terjadi pembentukan segmen bawah rahim.

b) Amplitudo

(1) Kekuatan his di ukur dengan mmHg dan menimbulkan naiknya tekanan intrauterus sampai 35 mmHg.

(2) Cepat mencapai puncak kekuatan dan diikuti relaksasi yang tidak lengkap, sehingga kekuatannya tidak mencapai 0 mmHg.

(3) Setelah kontraksi rahim mengalami retraksi, artinya panjang otot rahim yang telah berkontraksi tidak akan kembali lagi ke panjang semula.

(4) Frekuensi, yaitu jumlah terjadinya his selama 10 menit.

(5) Durasi his yaitu lamanya his yang terjadi setiap saat diukur dengan detik.

(6) Interval his, yaitu tenggang waktu antara kedua his. Pada permulaan persalinan his timbul sekali dalam 10

menit, pada kala pengeluaran (kala II) muncul sekali dalam 10 menit.

(7) Kekuatan his, yaitu perkalian antar amplitudo dengan frekuensi yang ditetapkan dengan satuan unit Montevideo. (Rohani dkk, 2011:16)

2) Passage (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri atas panggul ibu, yaitu bagian tulang yang padat seperti dasar panggul, vagina serta introitus. Janin harus dapat menyesuaikan diri terhadap jalan lahir yang kaku, oleh sebab itu ukuran dan bentuk panggula harus ditentukan sebelum persalinan di mulai. (Rohani dkk, 2011:21).

Jalan lahir terdiri atas :

- a) Bagian-bagian keras : tulang-tulang panggul
- b) Bagian lunak : uterus, otot dasar panggul, dan perineum

Ruang panggul (Pelvic Cavity) dibagi menjadi dua yaitu :

- a) Pelvis mayor (false pelvic), diatas linea terminalis
- b) Pelvis minor (true pelvic), dibawah linea terminalis.

(Rohani dkk, 2011:21)

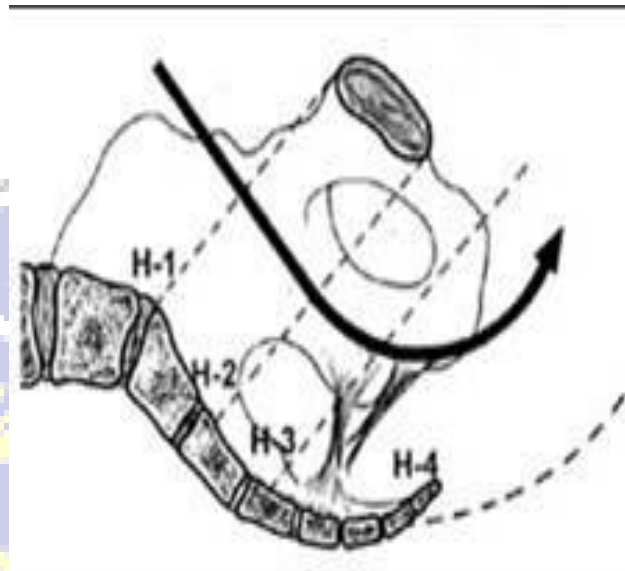
Bidang-bidang panggul

Bidang-bidang panggul adalah pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan, yaitu seberapa jauh penurunan kepala

melalui pemeriksaan dalam atau Vagina Toucher (VT).

Bidang-bidang hodge antara lain adalah :

Bidang-bidang Hodge



Gambar 2.5
Bidang-bidang Hodge

Sumber : Marmi, 2012.

- a) Hodge I : bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promotorium;
- b) Hodge II : bidang yang sejajar Hodge I setinggi bagian bawah simfisis;
- c) Hodge III : bidang yang sejajar Hodge I setinggi spina ischiadika;

d) Hodge IV : bidang yang sejajar Hodge I setinggi tulang koksigis. (Nugraheni, 2010:13).

3) Passanger (Isi Kehamilan)

a) Janin

Janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi dari beberapa faktor, yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. (Marmi, 2012: 8).

b) Plasenta

Plasenta keluar melewati jalan lahir sehingga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Plasenta juga dapat menghambat pada proses persalinan normal. Plasenta adalah bagian yang paling penting dalam proses kehamilan karena plasenta memiliki peran sebagai transport oksigen dan makanan dari ibu ke janin, penghasil hormon yang berguna selama kehamilan, serta sebagai barrier. Sehingga apabila ada kelainan pada plasenta maka akan mengakibatkan kelainan juga pada janin atau mengganggu proses persalinan. (Marmi, 2012: 8).

c) Air Ketuban

Air ketuban merupakan elemen penting dalam proses perslinan. Air ketuban ini dapat dijadikan acuan

dalam menentukan diagnosa kesejahteraan janin. Beberapa aspek penting yang perlu diketahui adalah sebagai berikut.

Struktur Amnion

(1) Volume pada kehamilan cukup bulan kira-kira 1000-500 cc.

(2) Berwarna putih keruh, berbau amis, dan terasa manis.

Warna keruh sampai hijau pada proses persalinan mengindikasikan adanya kondisi janin yang tidak sejahtera, sehingga membutuhkan tindakan khusus untuk bayi yang dilahirkan.

(3) Reaksinya agak alkalis sampai netral dengan berat jenis 1,008.

(4) Komposisinya terdiri atas 98% air; dan sisanya albumin, urea, asam urik, kreatinin, sel-sel epitel, lanugo, verniks kaseosa, dan garam anorganik. Kadar protein 2,6% gram/liter. (Sulistyawati, 2010:39).

4) Posisi Ibu

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi dalam persalinan. Mengubah posisi membuat rasa letih menjadi hilang serta memberi rasa nyaman. Posisi berdiri seperti berjalan, duduk, dan jongkok dapat menjadikan curah jantung ibu dalam kondisi normal seiring kontraksi uterus, sehingga memperbaiki aliran darah ke uteroplasenta dan ginjal ibu.

Posisi tegak juga dapat mengurangi tekanan pada pembuluh darah ibu yang dapat menurunkan perfusi plasenta (Astria, 2009).

5) Respon psikologis ibu

Kesiapan emosional seperti cemas, stress, takut serta dukungan dari keluarga berpengaruh terhadap proses persalinan. (Astria, 2009).

e. Permulaan persalinan

Tanda persalinan sudah dekat :

1) *Lightening*

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk ke dalam panggul. Penyebabnya adalah :

- a) Kontraksi *Braxton Hicks*.
- b) Ketegangan dinding perut.
- c) Ketegangan *ligamentum rotundum*.
- d) Gaya berat janin, kepala ke arah bawah uterus.

Masuknya kepala janin ke dalam panggul dapat dirasakan oleh wanita hamil dengan tanda-tanda sebagai berikut :

- a) Terasa ringan dibagian atas dan rasa sesak berkurang.
- b) Di bagian bawah terasa penuh dan mengganjal.
- c) Kesulitan saat berjalan.
- d) Sering berkemih.

Terjadinya His Permulaan

- a) Rasa nyeri ringan di bagian bawah.
- b) Datang tidak teratur.
- c) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan.
- d) Tidak bertambah jika beraktivitas. (Sulistyawati, 2010: 6).

f. Tanda masuk dalam persalinan

Terjadi his persalinan. Karakteristik his persalinan adalah :

- 1) Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan.
- 2) Sifat his teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar.
- 3) Terjadi perubahan pada serviks.
- 4) Jika klien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatannya bertambah.

Pengeluaran lendir dan darah (Penanda persalinan)

- 1) Pendataran dan pembukaan.
- 2) Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas.
- 3) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

Pengeluaran cairan

Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun jika ternyata tidak

tercapai, maka persalinan akhirnya diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya *sectio caesaria (SC)*. (Sulistyawati, 2010: 7).

4. Perubahan Fisiologis Persalinan

a. Perubahan fisiologis kala I pada masa kehamilan menurut (Ari Sulistyawati, 2010) adalah :

1) Uterus

Kontraksi uterus terjadi mulai dari fundus kemudian melebar sampai dengan bawah abdomen dengan tarikan ke arah fundus (fundal dominan), kontraksi uterus berakhir masa yang panjang dan kuat pada fundus. (Nugraheny, 2010: 63).

2) Serviks

e) Penipisan serviks (effacement)

Seiring dengan bertambahnya kontraksi, serviks akan mengalami perubahan bentuk yaitu menjadi lebih tipis. Panjang serviks pada kehamilan normal akan mengalami perubahan. Mulai dengan dimulainya persalinan panjang serviks berkurang secara perlahan dan teratur sampai menjadi sangat pendek (sampai dengan beberapa mm). (Nugraheny, 2010: 63).

f) Dilatasi

Setelah serviks menipis maka selanjutnya adalah pembukaan. Serviks membuka karena disebabkan oleh

daya tarik otot uterus ke atas secara terus menerus saat uterus mengalami kontraksi. (Sulistyawati, 2010: 65).

g) Ketuban

Ketuban akan pecah dengan sendirinya pada saat pembukaan sudah lengkap atau akan lengkap. Maka tidak jarang ketuban harus dipecahkan ketika pembukaan sudah lengkap. (Sulistyawati, 2010: 66).

h) Tekanan Darah

Peningkatan tekanan darah pada saat kontraksi disertai dengan peningkatan sistolik dengan rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik dengan rata-rata peningkatan antara 5-10 mmHg. Di antara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat semula seperti pada saat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi dari terlentang ke posisi miring dapat mengurangi tekanan darah yang naik. Nyeri, rasa takut, serta kekhawatiran dapat memicu meningkatnya tekanan darah (Manuaba, 2007: 686).

i) Metabolisme

Metabolisme karbohidrat aerob dan anaerob akan meningkat secara terus menerus karena kecemasan dan aktivitas otot skeletal, peningkatan ini dapat dilihat dengan adanya peningkatan pada suhu tubuh, denyut nadi, curah

jantung, pernapasan, serta kehilangan cairan (Silistyawati, 2010: 67).

j) Suhu Tubuh

Peningkatan suhu tubuh yang terjadi mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan. Dikatakan normal adalah peningkatan suhu tubuh yang tidak lebih dari 0,5°C sampai dengan 1°C. (Manuaba, 2007: 687).

k) Denyut Nadi (Frekuensi Jantung)

Frekuensi denyut nadi di antara kontraksi lebih tinggi dibandingkan dengan periode sebelum persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama proses persalinan (Manuaba, 2007: 687).

l) Pernapasan

Dengan meningkatnya metabolisme akan menyebabkan sedikit peningkatan laju pernapasan yang dianggap normal hiperventilasi yang lama sehingga dianggap tidak normal dan dapat menyebabkan alkalosis (Nugraheny, 2010: 68).

m) Ginjal

Poliuria terjadi selama proses persalinan karena adanya peningkatan pada cardiac output, peningkatan filtrasi glomerulus mengakibatkan terjadinya peningkatan aliran plasma ginjal (Sulistyawati, 2010: 68).

n) Gastrointestinal

Motilitas lambung dan absorpsi makanan secara substansi berkurang banyak selama proses persalinan. Berkurangnya pengeluaran getah lambung mengakibatkan aktivitas pencernaan berhenti dan pengosongan lambung menjadi lambat. Sehingga menyebabkan ibu mengalami mual dan muntah sampai ibu mencapai kehamilan kala I. (Sulistyawati, 2010: 68).

5. Tanda Persalinan

- a. Terjadinya his persalinan. His persalinan memiliki ciri khas seperti pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifat his yang teratur, interval yang semakin pendek serta kekuatan his semakin besar yang mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks, serta kekuatan his semakin bertambah.
- b. Keluarnya lendir bercampur darah merupakan tanda gejala pada persalinan. Dengan his persalinan akan mengakibatkan perubahan serviks yang mengakibatkan pembukaan. Pembukaan mengakibatkan lendir pada kanalis servikalis lepas. Terdapat pengeluaran darah karena kapiler pembuluh darah yang pecah.
- c. Terdapat pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus yang ditemukan terjadi ketuban pecah yang mengakibatkan pengeluaran cairan. Tetapi sebagian besar ketuban pecah menjelang pembukaan

lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. (Manuaba, 2010: 173).

1) Tahap Persalinan

a) Kala I

Pada kala I didefinisikan sebagai permulaan kontraksi persalinan sejati, ditandai oleh perubahan serviks yang progresif dan diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 cm) atau dapat dikenal sebagai tahap pembukaan serviks (Helen Varney, 2008: 672). Kala I dibagi menjadi beberapa Fase diantaranya adalah :

b) Fase Laten

Berlangsung selama 8 jam. Pembukaan yang terjadi pada fase ini dianggap cukup lambat. Pada fase ini mulai dilakukan pendokumentasian masuk dalam lembar observasi.

c) Fase Aktif di bagi menjadi 3 fase, diantaranya:

(1) Fase Akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm bertambah menjadi 4 cm.

(2) Fase Dilatasi Maksimal

Dalam waktu 2 jam pembukaan berjalan dengan begitu cepat. Dari pembukaan 4 cm bertambah menjadi 9 cm.

(3) Fase Deselerasi

Pembukaan kembali melambat dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi pembukaan lengkap. Sifat kontraksi menjadi menurun (Manuaba, 2010: 170-171).

d) Kala II

Pada kala in merupakan tahapan yang sulit bagi ibu. Suhu tubuh ibu akan meningkat, ibu akan mengejan selama kontraksi. Bidan harus mendukung ibu dan memberi motivasi serta memberi pujian atas usahanya melahirkan bayinya. Asuhan kebidanan yang dapat diberikan dalam persalinan normal adalah :

- (1) Memberikan dukungan secara terus menerus kepada ibu dengan meminta keluarga untuk mendampingi ibu agar merasa aman dan nyaman.
- (2) Menjaga kebersihan ibu agar terhindar dari penyebaran infeksi.
- (3) Memassase ibu untuk menambah kenyamanan.
- (4) Memberikan dukungan secara mental kepada ibu untuk mengurangi kecemasan dan ketakutan dengan menjaga privasi ibu serta menjelaskan tentang proses dan kemajuan persalinan serta prosedur yang akan dilakukan dan keterlibatan ibu.

(5) Mengatur posisi ibu sesuai dengan keinginan seperti jongkok, menungging, tidur miring, atau setengah duduk.

(6) Menganjurkan ibu untuk tidak menahan Buang Air Kecil (BAK) agar kandung kemih tetap kosong karena kandung kemih yang penuh akan menghambat turunnya kepala ke rongga panggul.

(7) Memberikan minum yang cukup untuk mencegah ibu mengalami dehidrasi.

(8) Membantu memimpin ibu untuk mengejan pada saat ada his.

(9) Memantau Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah setiap kontraksi.

(10) Melahirkan bayi

(a) Menolong kelahiran kepala janin

Dengan meletakkan satu tangan di kepala bayi agar tidak mengalami defleksi terlalu cepat dan tangan yang lain menahan perenium agar tidak mengalami laserasi (robekan).

(b) Memeriksa tali pusat

Apabila lilitan tali pusat terlalu ketat, di lakukan klem pada dua tempat kemudian gunting diantara kedua klem tersebut.

(c) Melahirkan seluruh anggota badan

Dengan cara menempatkan kedua tangan pada kedua sisi kepala dan leher bayi (bipariental). Lakukan tarikan lembut keatas untuk melahirkan bahu belakang dan sangga susur untuk mengeluarkan seluruhnya tubuh bayi.

(11) Mengeringkan dan menghangatkan bayi segera setelah lahir

e) Kala III

Kala III persalinan merupakan lahirnya bayi sampai berakhirnya dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban. Pada kala ini persalinan, otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti berkurangnya ukuran rongga uterus secara tiba-tiba setelah lahirnya bayi. Penyusutan rongga uterus ini mengakibatkan berkurangnya ukuran tempat implantasi plasenta, sehingga plasenta akan menekuk, menebal sehingga terlepas dari dinding uterus. Setelah plasenta terlepas maka akan luruh ke bagian bawah uterus atau bagian atas vagina (Nurhidayah, 2014). Setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban. Lama persalinan kala III pada primigravida berlangsung selama 30 menit dan multigravida selama 15 menit. Manajemen Aktif Kala III (MAK III) persalinan

mempercepat lahirnya plasenta dan dapat mencegah atau mengurangi perdarahan post partum.

Manajemen Aktif Kala III :

(12) Memberikan oksitosin 10 IU melalui injeksi intramuscular (IM) pada paha anterolateral 2 menit setelah bayi lahir.

(13) Melakukan Penegangan Tali Pusat Terkendali (PTT)

(14) Melakukan massase pada fundus uteri

f) Kala IV

Dimulai pada saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama setelah lahir. Masa ini merupakan masa yang paling kritis untuk mencegah terjadinya kematian pada ibu. Salah satu penyebab kematian ibu adalah perdarahan.

Penanganan pada kala IV :

(15) Memeriksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Jika kontraksi tidak kuat, massase hingga uterus menjadi keras.

(16) Memeriksa Tekanan Darah (TD), Nadi (N), kandung kemih dan perdarahan setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada 1 jam kedua.

(17) Mengajarkan ibu untuk minum untuk mencegah terjadinya dehidrasi.

(18) Membersihkan perineum dan mengganti pakain kotor ibu dengan pakaian yang bersih serta kering.

(19) Menganjurkan ibu untuk istirahat serta membiarkan bayinya pada dada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayinya serta melakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

(20) Memastikan ibu sudah Buang Air Kecil (BAK) dalam 3 jam setelah melahirkan.

(21) Mengajari ibu dan anggota keluarga tentang cara masasse uterus agar tidak terjadi perdarahan serta memberi tahu mengenai tanda bahaya pada ibu dan bayinya (Saifudin, 2008: 100-121).

6. Partograf

Partograf digunakan untuk memantau kemajuan pada persalinan dan membantu petugas kesehatan (bidan) dalam menentukan keputusan dalam penatalaksanaan (Saifuddin, 2009: 104). Partograf ditujukan pada kehamilan normal yang bertujuan untuk merencanakan persalinan pervaginam. Dengan memperhatikan garis waspada dan garis tindakan sebagai evaluasi pertolongan persalinan (Mauaba, 2010: 157).

a. Tujuan utama dalam penggunaan partograf adalah :

- 1) Untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan proses persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksa dalam (VT).
- 2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan dengan lancar atau tidak. Dengan demikian dapat pula mendeteksi secara dini terjadinya partus lama.
- 3) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu dan bayi, kemajuan persalinan dan mendokumentasikan asuhan yang diberikan kepada klien, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik. Semua dicatat secara rinci pada status atau rekam medik ibu (JNPK-KR, 2014: 57). Jika digunakan dengan tepat dan konsisten, partograf akan membantu untuk :
 - 4) Mencatat kemajuan proses persalinan
 - 5) Mencatat keadaan ibu serta janin dalam kandungannya
 - 6) Mencatat asuhan yang diberikan selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya
 - 7) Menggunakan informasi yang tercatat untuk indentifikasi dini penyulit persalinan yang dialami oleh ibu
 - 8) Menggunakan informasi untuk membuat keputusan klinik yang sesuai atau tepat waktu (JNPK-KR, 2014: 57).

b. Penggunaan partograf

Partograf harus digunakan karena untuk :

- 1) Ibu yang memasuki fase aktif kala I dalam persalinan merupakan elemen yang penting dalam asuhan persalinan. Partograf harus digunakan dalam setiap pertolongan persalinan, baik dalam persalinan normal maupun persalinan yang patologis. Partograf sangat membantu dalam memantau, mengevaluasi serta membuat keputusan klinik dalam persalinan dengan penyulit maupun tanpa penyulit.
- 2) Partograf juga harus di gunakan dalam persalinan dan kelahiran bayi di semua tempat pelayanan kesehatan seperti puskesmas, klinik, bidan swasta maupun menolong persalinan di rumah
- 3) Di lakukan secara rutin oleh semua petugas kesehatan yang menolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu serta dalam proses kelahiran bayinya seperti Spesialis Obstetri, Bidan, Dokter Umum, Residen serta Mahasiswa Kedokteran) (JNPK-KR, 2014: 57).

c. Pengisian partograf

- 1) Pencatatan selama Fase Laten Kala I dalam proses persalinan, semua asuhan yang diberikan, pengamatan serta pemeriksaan harus dicatat dalam partograf. Hal ini dapat dilakukan secara

terpisah, baik pencatatan kemajuan persalinan maupun di Kartu Menuju Sehat (KMS).

Tanggal dan waktu harus dicatat setiap membuat catatan selama fase Laten. Semua asuhan yang diberikan serta intervensi juga harus dilakukan pencatatan. Kondisi ibu dan janin juga harus dinilai dengan cermat, yaitu :

- a) Denyut Jantung Janin (DJJ) di hitung setiap 30 menit
- b) Frekuensi dan lamanya kontraksi di hitung selama 10 menit dan hitung setiap 30 menit
- c) Nadi (N) dihitug setiap 30 menit
- d) Pembukaan serviks setiap 4 jam
- e) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam
- f) Produksi urin, aseton serta protein setiap 2-4 jam
- g) Pencatatan selama Fase Aktif selama persalinan (JNPK-KR, 2014: 57).

2) Pencatatan selama Fase Aktif dalam persalinan

Lembar depan partograf menjelaskan tentang observasi yang dimulai pada fase aktif persalinan, menyediakan lajur serta kolom untuk dilakukan pencatatan hasil pemeriksaan selama fase aktif, yang meliputi :

- a) Informasi mengenai ibu :
 - (1) Nama dan umur ibu
 - (2) Gravida, para, abortus (mengalami keguguran)

- (3) Nomer catatan medik atau nomer Puskesmas
- b) Tanggal dan waktu ibu mulai ditangani
 - (1) Waktu pecahnya selaput ketuban
 - (2) Kondisi janin
 - (a) Denyut Jantng Janin (DJJ)
 - (b) Warna dan jumlah air ketuban
 - (c) Penyusupan (Moulase) kepala janin
- c) Kemajuan persalinan
 - (1) Pembukaan pada serviks
 - (2) Seberapa jauh penurunan terbawah janin atau presentasi janin
 - (3) Garis waspada serta garis bertindak
- d) Jam dan waktu
 - (1) Waktu dimulainya fase aktif dalam persalinan
 - (2) Waktu pemeriksaan atau penilaian
 - (3) Kontraksi uterus dihitung frekuensi dan lamanya
- e) Obat serta cairan yang di gunakan
 - (1) Oksitosin
 - (2) Obat lainnya dan cairan IV yang diberikan
- f) Kondisi ibu :
 - (1) Nadi (N), Tekanan Darah (TD), dan Suhu (S)
 - (2) Volume, aseton, atau protein dalam urin

- g) Asuhan yang diberikan, pengamatan, serta keputusan klinik dicatat dalam kolom yang tersedia di sisi partograf serta dicatat kemajuan persalinan. (Sarwono, 2009:317-323)

3) Mencatat temuan pada partograf

Temuan yang harus dicatat antara lain adalah:

- a) Informasi mengenai ibu ditulis lengkap dibagian atas secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu ibu datang (ditulis jam atau pukul pada partograf) serta perhatikan kemungkinan ibu datang pada fase laten. Lakukan pencatatan pada waktu pecahnya selaput ketuban.
- b) Bagian atas grafik pada partograf di isi kondisi janin (Denyut Jantung Janin (DJJ)), air ketuban dan penyusupan kepala janin
- c) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Penilaian Denyut Jantung Janin dicatat setiap 30 menit (dilakukan lebih sering jika ada tanda gawat janin). Setiap kotak dibagian atas partograf menunjukkan Denyut Jantung Janin (DJJ). Pencatatan Denyut Jantung Janin (DJJ) ditandai dengan tanda titik (.) pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan Denyut Jantung Janin (DJJ) selanjutnya hubungkan titik yang satu dengan titik yang lain dengan garis tegas bersambung. Petugas harus

waspada jika Denyut Jantung Janin (DJJ) dibawah 120x/menit atau di atas 160x/menit.

d) Warna dan kondisi air ketuban

Nilai kondisi air ketuban setiap melakukan pemeriksaan dalam (VT) serta nilai warna air ketuban ketika selaput ketuban pecah. Lakukan pencatatan semua temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur Denyut Jantung Janin (DJJ). Dengan menggunakan lambang sebagai berikut :

U : selaput ketuban masih utuh atau belum pecah

M : jika selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur dengan mekonium

D : jika selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur dengan darah

K : jika selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban sudah kering

e) Penyusupan (Molase) tulang kepala janin

Penyusupan merupakan indikator penting mengenai seberapa jauh kapal janin dapat menyesuaikan diri dengan panggul ibu. Semakin besar derajat penyusupannya atau tumpang tindih antara tulang kepala maka menunjukkan resiko disporposi kepala panggal (CPD). Ketidak mampuan untuk berakomodasi atau disporposi ditunjukkan dengan

derajat penyusupan atau tumpang tindih (Molase) yang berat sehingga tulang kepala yang menyusup sulit dipisahkan. Jika terdapat dugaan adanya disporposi kepala panggul maka penting untuk tetap memantau kondisi janin serta kemajuan proses persalinan. Setiap melakukan pemeriksaan dalam nilai penyusupan (Molase) pada kepala janin. Lakukan pencatatan pada temuan yang ada dikotak yang sesuai dibawah lajur air ketuban. Dengan menggunakan lambang sebagai berikut :

- 0 : tulang kepala terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi
- 1 : tulang kepala hanya saling bersentuhan
- 2 : tulang kepala saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan
- 3 : tulang kepala saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan (JNPK-KR,2014:59-61).

f) Kemajuan persalinan

Kolom dan lajur kedua partograf adalah untuk dilakukan pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera dikolom paling kiri adalah besarnya dilatasi pada serviks. Lakukan penilaian angka sesuai dengan besarnya dilatasi serviks dalam satuan cm dan menempati lajur serta kotak tersendiri. Perubahan nilai dan perpindahan lajur satu

ke lajur yang lain menunjukkan adanya penambahan dilatasi serviks sepanjang 1 cm. Pada lajur serta kotak yang mencatat penurunan bagian terbawah janin tercantum angka 1-5 yang sesuai dengan metode pengukuran dengan perlimaan. Setiap kotak segi empat menunjukkan waktu 30 menit untuk pencatatan waktu pemeriksaan Denyut Jantung Janin (DJJ), kontraksi uterus, dan frekuensi nadi ibu.

g) Pembukaan serviks

Saat ibu masuk dalam fase aktif dalam persalinan, lakukan pencatatan pada partograf setiap ada temuan dari setiap pemeriksaan. Tanda “X” harus dicantumkan digaris waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks.

Hal yang harus diperhatikan antara lain adalah :

- (1) Pilih angka yang tertera di tepi kiri luar kolom pembukaan serviks yang sesuai dengan besarnya pembukaan serviks pada fase aktif persalinan yang di dapat dari hasil pemeriksaan dalam (VT).

- (2) Pemeriksaan pertama pada fase aktif dalam persalinan. Pembukaan serviks dari hasil pemeriksaan dalam (VT) harus dicantumkan pada garis waspada. Pilih angka yang sesuai dengan pembukaan serviks yang didapat dari pemeriksaan dalam (VT). Serta

cantumkan tanda “X” pada ordinat atau titik singa pada garis dilatasi serviks dan garis waspada

- (3) Selanjutnya hubungkan tanda “X” setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak putus-putus) (JNPK-KR,2014:61).

h) Penurunan bagian terbawah janin

Lakukan pencatatan pada siap hasil pemeriksaan penurunan kepala dengan menggunakan metode perlimaan yang menunjukkan seberapa jauh bagian terendah janin masuk dalam rongga panggul. Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan serviks diikuti dengan turunnya bagian terbawah janin. Tapi penurunan bagian terbawah janin baru terjadi setelah pembukaan serviks mencapai 7 cm (JNPK-KR,2014:62). Selanjutnya berikan tanda “O” yang ditulis pada garis waktu yang sesuai. Dengan contoh, jika hasil palpasi yang dilakukan kepala diatas simfisis pubis adalah 4/5 maka tuliskan tanda “O” di atas garis 4. Hubungkan tanda “O” dari setiap pemeriksaan dengan garis lurus atau tidak terputus-putus.

i) Garis waspada atau garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik pembukaan sudah lengkap. Pembukaan diharapkan 1 cm per jam. Pencatatan dalam fase

aktif persalinan harus dimulai pada garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada atau pembukaan kurang dari 1 cm dalam 1 jam maka harus dipertimbangkan adanya penyulit. Garis bertindak sejajar di sebelah kanan berjarak 4 jam pada garis waspada. Jika pembukaan serviks melampaui di sebelah kanan garis bertindak maka hal ini menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan (JNPK-KR,2014:63).

j) Jam dan waktu setiap kotak yang ada di partograf pada kolom waktu menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif dalam persalinan (JNPK-KR,2014:63).

k) Kontraksi uterus

Dibawah kolom waktu pada partograf terdapat lima kotak dengan tulisan “kontraksi per 10 menit” di sebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menunjukkan adanya satu kontraksi. Dalam setiap 30 menit, lakukan pemeriksaan dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dengan lama kontraksi dalam satuan detik. Nyatakan jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dengan mengisi kotak kontraksi yang tersedia dan disesuaikan dengan angka yang menunjukkan temuan hasil pemeriksaan kontraksi. Dengan contoh jika ibu mengalami kontraksi 3

kali dalam 10 menit maka lakukan pengisian pada 3 kotak kontraksi (JNPK-KR,2014:64).

1) Obat dan cairan yang diberikan

(1) Oksitosin

Jika tetesan atau drip oksitosin sudah dimulai maka lakukan pendokumentasian setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam tetesan per menit.

(2) Obat-obatan lain

Lakukan pencatatan pada semua pemberian obat tambahan atau cairan IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya (JNPK-KR,2014:65).

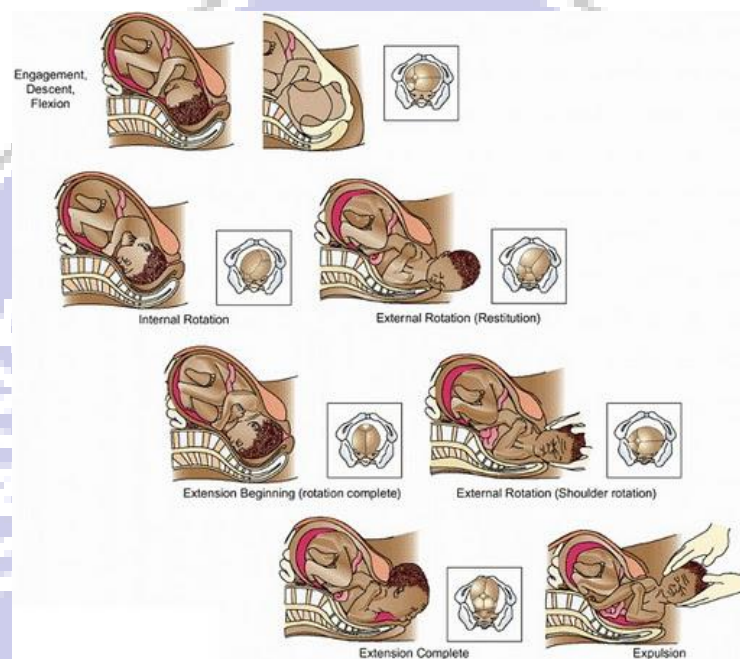
4) Halaman belakang

Halaman belakang pada partograf merupakan bagian untuk mencatat beberapa hal yang terjadi selama proses persalinan, kelahiran bayi serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalinan pada kala I hingga kala IV. Oleh karena itu bagian ini disebut sebagai catatan persalinan. Nilai dan lakukan pencatatan terhadap asuhan yang telah diberikan pada ibu dalam masa nifas terutama pada persalinan kala IV untuk mencegah terjadinya penyulit dan membuat keputusan klinik, terutama pada pemantauan kala IV (mencegah terjadinya perdarahan pada pasca persalinan). Pencatatan persalinan yang

sudah diisi dengan lengkap dan tepat dapat digunakan untuk menilai pemantauan sejauh mana telah dilakukan pelaksanaan asuhan persalinan yang bersih serta aman bagi ibu (JNPK-KR,2014:67).

7. Mekanisme persalinan

Mekanisme dalam persalinan



Gambar 2.6

Mekanisme dalam persalinan

Sumber : Manuaba, 2007.

a. Engage atau Cakap

Kepala janin terpiksir pada Pintu Atas Panggul (PAP) sebelum proses persalinan terjadi pada primi gravida yaitu tepatnya

pada minggu ke 36 sedangkan pada multi gravida kepala janin terpiksir pada saat dimulainya inpartu, atau jauh sebelum terjadinya proses inpartu. Penyebab kepala janin terpiksir pada Pintu Atas Panggul (PAP) diantaranya adalah kontraksi Braxton Hicks, ketegangan pada dinding abdomen, serta ketegangan ligamentum rotundum. Kepala janin terpiksir dengan oksiput miring ke kanan atau kiri, ke depan atau ke belakang.

b. Desensus atau penurunan

Penurunan yang terjadi pada kepala janin disebabkan oleh his yang dimulai saat dimulainya persalinan (inpartu). Bentuk penurunan yang terjadi diantaranya adalah :

- 1) Sinklitismus atau sutura sagitalis berhimpitan dengan sumbu pada jalan lahir
- 2) Deep tranverse arrest yang timbul akibat kegagalan kepala janin dalam turun dan melakukan putar paksi dalam
- 3) Asinklitismus anterior menurut Naegle adalah dimana kepala janin masuk mengarah ke promotorium sehingga os parietalis lebih rendah dan teraba lebih banyak.

Menurut Naegle kepala janin masuk secara asinklitismus menguntungkan karena akan dapat masuk lebih dalam sebelum terjadinya putar paksi dalam. Putar paksi dalam terjadi pada Hodge III setelah kepala menyentuh dasar panggul.

4) Asinklitismus anterior menurut Litzman adalah ketika kepala janin masuk lebih mengarah ke simfisis sehingga kepala akan lebih cepat tersentuh serta tertahan oleh simfisis pubis, sehingga mengakibatkan terjadinya kepala miring ke arah simfisis dan akan mengalami kegagalan untuk turun ke arah selanjutnya. Akibat yang akan terjadi adalah kegagalan melakukan putar paksi dalam sehingga akan menimbulkan keadaan yang disebut deep transverse arrest (Manuaba, 2007: 299).

5) Fleksi

Fleksi penuh atau sempurna pada umumnya terjadi yang mengakibatkan sumbu panjang kepala sejajar sumbu panggul, hal ini untuk membantu penurunan kepala. Fleksi : kepala janin mengalami fleksi, dagu menempel pada toraks, posisi kepala berubah dari diameter oksiput frontalis atau puncak kepala menjadi diameter suboksipito bregmatikus atau belakang kepala. Dengan majunya kepala, menyebabkan fleksi bertambah, ukuran kepala yang melalui jalan lahir lebih kecil (diameter suboksipito bregmatika menggantikan suboksipito frontalis). Fleksi terjadi karena anak didorong maju, sebaliknya juga mendapat tahanan dari Pintu Atas Panggul (PAP), serviks, dinding panggul atau dasar panggul.

6) Rotasi internal (putar paksi dalam)

Menurut Oxorn (2010: 88) mengatakan jika terjadi putar paksi dalam didasar panggul. Jika sumbu panjang kepala janin harus sesuai dengan sumbu panjang panggul ibu. Karena kepala janin yang masuk ke Pintu Atas Panggul (PAP) pada diamete atau obliqua harus berputar ke dalam diameter anteroposterior agar dapat lahir. Pada saat Ubun-Ubun Kecil (UUK) masuk ke PTP tepat berhubungan dengan dasar panggul (musculus dan facia levator ani). Pada tempat ini Ubun-Ubun Kecil (UUK) berputar 45° kekanan pada diameter anteroposterior panggul. LOA ke OA. Ubun-Ubun Kecil (UUK) mendekati simpisis pubis dan sinciput mendekati sacrum.

7) Extension

Dengan kontraksi yang besar dan adekuat memungkinkan kepala janin turun dan menyebabkan perenium menjadi distensi. Pada saat ini puncak kepala berada pada simfisis dan dalam keadaan kontraksi perut ibu yang kuat mendorong kepala eksplusi dan melewati introitus vagina.

a) Defleksi dari kepala

b) Dalam kepala bekerja dengan 2 kekuatan, yaitu yang mendesak kepala ke bawah dan tahanan dasar panggul yang

menolak ke atas selanjutnya resultannya kekuatan ke depan atas

c) Pusat pemutaran adalah hipomoklion

d) Ekstensi terjadi setelah kepala mencapai vulva, terjadinya ekstensi setelah oksiput melewati bawah simfisis pubis bagian posterior. Kemudian lahirlah berturut-turut oksiput, bregma, dahi, hidung, mulut, dagu.

8) External Rotation (Restitution)

Tahapan terjadi putar paksi luar (restitusi). Pada waktu kepala mencapai dasar panggul maka bahu masuk dalam panggul. Oleh karena itu panggul tetap berada pada diameter obliqua sedangkan kepala berputar ke arah depan, maka leher juga ikut berputar. Setelah kepala dilahirkan dan terbebas dari panggul maka leher berputar kembali dan kepala mengadakan restitusi kembali 45° (OA menjadi LOA) sehingga menjadikan hubungannya dengan bahu serta kedudukannya dalam panggul menjadi normal kembali (Oxorn, 2010: 92).

9) Ekspulsi

Setelah terjadinya putar paksi luar bahu depan dibawah simfisis menjadi hipomoklion kelahiran bahu belakang, bahu depan menyusul lahir, dengan diikuti seluruh badan bayi seperti badan (toraks dan abdomen) serta lengan, pinggul atau

trokanter depan dan belakang, tungkai serta kaki (Dwi Asri, 2012: 14).

8. Kebutuhan ibu bersalin

a. Makan dan minum

Menganjurkan ibu untuk minum minuman yang bersifat manis dan berenergi agar kebutuhan kalori tetap terpenuhi (Nugraheny, 2010:41). Wanita bersalin membutuhkan kurang lebih 50 sampai 100 kilo kalori setiap jamnya (Rimandini, 2014: 117).

b. Akses Interval

Terdapat dua tujuan pemasangan infus, diantaranya adalah :

- 1) Untuk jalur obat, cairan, serta darah untuk mempertahankan keselamatan ibu ketika terjadi kegawatdaruratan obstetrik.
- 2) Untuk mempertahankan hidrasi maternal (Helen Varney, 2008: 696).

c. Posisi dan Ambulasi

Sangat diperlukan posisi yang nyaman pada saat ibu memasuki fase persalinan karena akan mengurangi ketegangan dan rasa nyeri yang dirasakan. Posisi tertentu misalnya miring ke kiri akan membantu proses penurunan kepala janin sehingga persalinan dapat berjalan dengan cepat (semakin jarang kontraksi indikasi dari keadaan pasien). Posisi yang dapat diterapkan diantaranya adalah rekumben lateral atau miring, lutut menyentuh dada, duduk, berdiri, berjalan serta jongkok (Nugraheny, 2010:43).

d. Eliminasi (Buang Air Kecil (BAK) dan Buang Air Besar (BAB))

1) Buang Air Kecil (BAK)

Menganjurkan ibu untuk berkemih sesering mungkin atau menganjurkan ibu untuk tidak menahan Buang Air Kecil (BAK). Karena kandung kemih yang penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin ke dalam rongga panggul. Kateterisasi kandung kemih hanya akan dilakukan apabila terjadi retensi urin dan apabila ibu tidak mampu berkemih sendiri. Kateterisasi yang dilakukan tanpa indikasi yang jelas akan mengakibatkan resiko infeksi dan trauma pada saluran kemih (Rimandini, 2014:119).

2) Buang Air Besar (BAB)

Ibu akan merasa tidak nyaman apabila merasa dorongan untuk Buang Air Besar (BAB). Namun rasa khawatir kadang lebih mendominasi dari pada perasaan tidak nyaman, hal ini terjadi karena ibu tidak tau mengenai caranya serta khawatir respon orang lain terhadap kebutuhannya. Dalam kondisi seperti ini penting untuk keluarga dan bidan menunjukkan respon yang positif dan bersiap dalam memberikan bantuan (Nugraheny, 2010: 46).

e. Istirahat

Istirahat yang cukup sangat penting untuk ibu karena akan menimbulkan rasa rileks. Diawal persalinan anjurkan ibu untuk

istirahat yang cukup sebagai persiapan untuk menghadapi persalinan yang cukup panjang. Posisi dikombinasi dengan aktivitas ambulasi agar penurunan kepala janin dapat lebih maksimal (Nugraheny, 2010: 47).

f. Membimbing Ibu untuk Rileks Pada Saat Ada His

His yang muncul akan menimbulkan rasa sakit, oleh karena itu disarankan untuk ibu menahan nafas sebentar kemudian dilepaskan dengan cara menghebuskan sewaktu ada his (Rimandini, 2014: 116).

g. Kontak Fisik

Anjurkan ibu untuk memegang tangan keluarga atau suami serta keluarga membantu menggosok punggung ibu, menyeka wajah ibu dengan spos atau mungkin hanya mendekapnya. Hal ini akan merangsang produksi endogenous opiates yang memberikan sedikit analgesi alamiah (Rimandini, 2014: 118).

h. Penjelasan Proses Dan Kemajuan Persalinan

Pada saat awal persalinan adalah saat yang paling efektif untuk memberikan penjelasan mengenai persalinan terhadap ibu dan keluarga. Informasi yang biasanya sering disampaikan adalah mengenai berapa pembukaan serviks serta bagaimana keadaan janinnya. Keuntungan dari upaya ini adalah rasa nyeri akibat rasa takut akan sedikit berkurang karena ibu dan keluarga siap denga

tahap demi tahap yang dijalani dan dirasakan (Nugraheny, 2010: 56-57).

i. Penjelasan Prosedur Dan Batasan Yang Berlaku

Ibu dan keluarga akan lebih bersikap kooperatif. Dengan demikian prosedur akan berjalan dengan lancar (Nugraheny, 2010: 57).

9. Operasi Cesar

Sectio Caesaria (SC) adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan atau dikeluarkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut ibu serta dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Sarwono, 2009)

Sedangkan menurut Nurarif (2013) Sectio Caesaria (SC) adalah cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut.

a. Jenis jenis Sectio Caesaria (SC) menurut Manuaba (2010):

1) Sectio Caesaria (SC) transperitonealis propunda dengan insisi disegmen bawah uterus, insisi yang dilakukan pada bawah rahim, bisa dengan menggunakan teknik melintang atau pun memanjang. Kelebihan dari pembedahan ini adalah :

- a) Tidak banyak mengeluarkan perdarahan pada luka insisi
- b) Bahaya peritonitis tidak terlalu besar
- c) Uterus biasanya sangat kuat sehingga terjadinya ruptur uteri dikemudian hari tidak terlalu besar karena pada saat masa

nifas segmen bawah uterus tidak seberapa banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih cepat dan sempurna.

2) Sectio Caesaria (SC) klasik atau Sectio Caesaria (SC) korporal

Sectio Caesaria (SC) klasik dibuat kepada korpus uteri, pembedahan ini sedikit mudah dilakukan. Tetapi hanya dilakukan apabila ada halangan untuk melakukan Sectio Caesaria (SC) transperitonealis propunda. Insisi terlihat memanjang pada segmen atas uterus.

a) Sectio Caesaria (SC) ekstra peritoneal

Sectio Caesaria (SC) ekstra peritoneal pada jaman dahulu digunakan untuk mengurangi bahaya injeksi perporal. Dengan kemajuan pengobatan terhadap injeksi pembedahan ini sekarang tidak banyak lagi dilakukan. Rongga peritoneum tak dibuka, dilakukan pada pasien dengan infeksi uterin berat.

b) Sectio Caesaria (SC) Hysterectomy

Setelah Sectio Caesaria (SC), maka dilakukan Hysterectomy

Dengan indikasi sebagai berikut :

- (1) Atonia uteri
- (2) Plasenta accrete
- (3) Myoma uteri

(4) Infeksi intra uteri berat

10. Komplikasi

- a. Kemungkinan komplikasi dilakukan pembedahan Sectio Caesaria (SC) menurut Wiknjosastro (2012) :

1) Infeksi puerperal

Komplikasi yang bersifat ringan seperti kenaikan suhu tubuh dalam beberapa hari dalam masa nifas yang bersifat berat seperti peritonitis serta sepsis.

2) Perdarahan

Biasanya timbul pada waktu pembedahan jika cabang arteri uterine ikut terbuka atau pun karena atonia uteri.

3) Komplikasi lain

Komplikasi yang mungkin terjadi adalah luka kandung kemih, kurang kuatnya jaringan parut pada dinding uterus yang mengakibatkan terjadinya ruptur uteri pada kehamilan selanjutnya.

b. Penanganan

- 1) Penatalaksanaan yang dapat diberikan pada pasien Post Sectio Caesaria (SC) adalah :

- a) Analgesik diberikan pada setiap 3 sampai 4 jam atau jika diperlukan seperti Asma Mefenamat, Ketorolak, Tramadol.
- b) Memberikan transfusi darah apabila terjadi perdarahan partum yang hebat.

c) Memberikan antibiotik seperti Cefotaxim, Ceftriaxon dan yang lain. Pemberian antibiotik setelah dilakukan Sectio Caesaria (SC) efektif dapat dipersoalkan namun pada umumnya pemberiannya dianjurkan.

d) Memberikan cairan parental seperti Ringer Laktat (RL) dan NaCl.

c. Penatalaksanaan kebidanan

1) Lakukan pemeriksaan dan lakukan pencatatan Tanda-tanda Vital (TTV) setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada 4 jam kemudian.

2) Perdarahan serta urin harus dipantau dengan ketat dan teliti.

3) Mobilisasi

a) Pada hari pertama setelah operasi Sectio Caesaria (SC) ibu harus turun dari tempat tidur dengan dibantu.

b) Pada hari kedua ibu harus sudah dapat berjalan ke kamar mandi dengan dibantu.

d. Pemulangan

Jika ibu tidak mengalami komplikasi dapat dipulangkan pada hari kelima setelah operasi (Bobak, 2014).

2.1.3 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi Baru Lahir (BBL) atau disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus bisa melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin atau diluar kandungan. (Dewi, 2012:1).

Bayi Baru Lahir (BBL) normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai dengan 42 minggu dan dengan berat lahir 2.500 gram sampai 4.000 gram. (Kumalasari, 2015:209).

2. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

a. Berdasarkan usia kehamilan

- 1) Neonatus kurang bulan (preterm infant) adalah bayi usia kurang dari 259 hari (37 minggu)
- 2) Neonatus cukup bulan (term infant) adalah bayi usia 259 sampai dengan 294 hari (37-42 minggu)
- 3) Neonatus lebih bulan (postterm infant) adalah bayi usia lebih dari 294 hari (42 minggu atau lebih).

b. Berdasarkan berat lahir

- 1) Neonatus Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) adalah berat bayi kurang dari 2500 gram.
- 2) Neonatus dengan berat lahir yang cukup adalah berat bayi antara 2500 sampai 4000 gram.

- 3) Neonatus berat lahir lebih adalah berat bayi lebih dari 4000 gram (Muslihatun, 2010).

3. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

- a. Lahir aterm antara 37-42 minggu.
- b. Berat badan 2.500-4.000 gram.
- c. Panjang badan 48-52 cm.
- d. Lingkar dada 30-38 cm.
- e. Lingkar kepala 33-35 cm.
- f. Lingkar lengan 11-12 cm.
- g. Frekuensi denyut jantung 120-160x/menit.
- h. Pernapasan kurang lebih 40-60x/menit.
- i. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.
- j. Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.
- k. Kuku agak panjang dan lemas.
- l. Nilai APGAR >7.
- m. Gerak aktif.
- n. Bayi lahir langsung menangis kuat.
- o. Reflek *rooting* (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
- p. Reflek *sucking* (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.

q. Reflek *morro* (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.

r. Reflek *grasping* (menggenggam) sudah baik.

s. Genetalia.

1) Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang.

2) Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora.

t. Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecokelatan. (Dewi, 2012:2).

4. Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan Di Luar Uterus

Penelitian menunjukkan, 50% kematian bayi dalam periode neonatal yaitu dalam bulan pertama kehidupan. Kurang baik penanganan bayi baru lahir yang sehat akan menyebabkan kelainan-kelainan yang mengakibatkan cacat seumur hidup, atau bahkan kematian. Contohnya karena hipotermi yang akan menyebabkan terjadinya hipoglikemia sehingga mengakibatkan menyebabkan kerusakan otak. Pencegahan merupakan hal terbaik yang harus dilakukan agar neonatus dapat menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterine sehingga neonatus dapat bertahan dengan baik karena periode neonatal merupakan periode yang paling kritis dalam fase pertumbuhan dan perkembangan bayi. Proses adaptasi fisiologis yang dilakukan Bayi Baru Lahir (BBL) perlu diketahui dengan baik oleh

tenaga kesehatan khususnya bidan, yang selalu memberikan pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi.

Adaptasi neonatus (Bayi Baru Lahir) merupakan proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan di dalam uterus. Kemampuan adaptasi fungsional neonatus dari kehidupan di dalam uterus ke kehidupan di luar uterus. Bila terdapat gangguan adaptasi, maka bayi akan mengalami sakit (Rahardjo, 2012:11)

a. Sistem pernafasan

Masa yang paling kritis pada Bayi Baru Lahir (BBL) adalah ketika harus mengatasi resistensi paru pada saat pernapasan yang pertama kali. Dan proses pernapasan ini bukanlah kejadian yang mendadak, tetapi telah dipersiapkan lama sejak dalam masa intrauterin.

Perkembangan sistem pulnomer terjadi sejak embrio, tepatnya pada usia kehamilan 24 hari. Pada usia kehamilan 24 hari, bakal paru-paru terbentuk. Pada usia kehamilan ke 26-28 hari kedua bronchi membesar. Pada usia kehamilan 6 minggu terbentuk segmen bronchus. Pada usia kehamilan 6 minggu terbentuk segmen bronchus. Pada usia kehamilan 12 minggu terjadi deferensiasi lobus. Pada umur kehamilan 24 minggu terbentuk alveolus. Pada uiaia kehamilan 28 minggu terbentuk surfaktan. Pada usia kehamilan 34-36 minggu struktur paru-paru matang, paru-paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama

dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran melalui plasenta. Setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Pernafasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama setelah bayi lahir.

Keadaan yang mempercepat proses maturitas paru-paru antara lain adalah : Toksemia, Hipertensi, Diabetes yang berat, infeksi ibu, ketuban pecah dini, insufisiensi placenta.

Keenam keadaan tersebut dapat mengakibatkan stress pada janin, hal ini dapat menimbulkan rangsangan untuk pematangan paru-paru :

- 1) Diabetes ringan
- 2) Faktor inkompabilitas Rh
- 3) Gemeli satu ovum dengan berat badan yang berbeda. Biasanya berat badan yang lebih kecil paru-parunya belum matur.

Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran melalui plasenta, setelah bayi lahir pertukaran oksigen terjadi pada paru-paru atau setelah tali pusat dipotong. (Rahardjo, 2015:14)

Rangsangan untuk gerakan pernapasan pertama kali pada neonatus disebabkan karena :

- 1) Tekanan mekanisme torak sewaktu melalui jalan lahir

- 2) Penurunan tekanan oksigen dan kenaikan tekanan karbondioksida merangsang kemoreseptor pada sinus karotis (stimulasi kimiawi)
- 3) Rangsangan dingin di daerah muka dapat merangsang permulaan gerakan (stimulasi sensorik)

Setelah bayi melewati jalan lahir, akan mengalami penekanan yang tinggi pada toraks, dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada di dalam paru-paru hilang karena terdorong ke bagian perifer paru untuk kemudian diabsorpsi, karena terstimulus oleh sensor kimia, suhu, serta mekanis akhirnya bayi memulai aktivitas napas untuk yang pertama kali.

Tekanan intratoraks yang negatif disertai dengan aktivitas napas yang pertama memungkinkan udara masuk ke dalam paru-paru. Setelah beberapa kali nafas pertama, udara dari luar mulai mengisi jalan napas pada trakea dan bronkus, sehingga alveolus mengembang karena terisi udara. (Rahardjo, 2015:16).

Fungsi alveolus dapat bekerja maksimal jika dalam paru-paru bayi terdapat surfaktan yang adekuat. Surfaktan membantu menstabilkan dinding alveolus sehingga alveolus tidak kolaps saat akhir napas. Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain adanya surfaktan di dalam alveoli itu

sendiri adalah menarik napas dan mengeluarkan napas dengan cara menjerit sehingga oksigen tertahan di dalam alveoli.

Dalam keadaan anoksia, neonatus masih dapat mempertahankan kehidupannya karena ada kelanjutan metabolisme anaerob yaitu kelanjutan metabolisme tanpa oksigen. Pernapasan pada neonatus biasanya menggunakan pernapasan diafragma dan abdominal sedangkan frekuensi serta dalamnya pernapasan biasanya belum teratur. Pernapasan normal pada neonatus pertama kali dimulai ketika kurang lebih 30 detik sesudah kelahiran. Pernapasan ini terjadi karena adanya aktivitas normal dari susunan syaraf pusat parifer yang dibantu oleh beberapa rangsangan lainnya. Misalnya tekanan mekanis pada toraks melalui jalan lahir. Penurunan tekanan oksigen dan kenaikan tekanan karbondioksida pada paru-paru merangsang kemoreseptor yang terletak pada sinus karotis sehingga bayi bernapas, rangsangan dingin di daerah muka dapat merangsang permulaan gerakan pernapasan.

Tekanan pada rongga dada bayi sewaktu melalui jalan lahir mengakibatkan kehilangan setengah dari jumlah cairan yang ada di paru-paru (paru-paru bayi normal cukup bulan mengandung 80-100 ml cairan) sehingga sesudah bayi lahir cairan yang hilang diganti dengan udara, paru-paru berkembang dan rongga dada kembali pada bentuk semula (Rahardjo, 2015:16).

b. Sistem peredaran darah

Sirkulasi janin antara lain adalah sebagai berikut:

- 1) Vena umbilikal (yang kaya dengan oksigen) melalui duktus venosus, atrium kanan, atrium kiri (foramen ovale), ventrikel kiri, aorta, sirkulasi sistemik, vena kava superior (miskin oksigen), ventrikel kanan, sebagian besar melalui duktus arteriosus, aorta descendens, tubuh janin, arteri umbilikal menuju ke plasenta dan seterusnya.
- 2) Ventrikel kanan menuju ke arteri pulmonalis (sebagian kecil) dan sirkulasi paru. Resistensi vaskular paru tinggi, resistensi vaskular sistemik rendah kemudian *right to left shunt* melalui foramen ovale dan duktus arteriosus.

Kemudian peredaran darah setelah bayi lahir adalah :

- 1) Tali pusat dipotong, duktus venosus menutup, resistensi vaskular sistemik meningkat.
- 2) Tarikan napas menyebabkan tekanan oksigen naik, kemudian resistensi vaskular paru turun, sirkulasi darah ke paru naik aliran darah balik dari paru naik dan tekanan atrium kiri naik yang menyebabkan foramen ovale menutup.
- 3) Duktus arteriosus sensitif terhadap kadar oksigen dalam darah pO_2 darah meningkat sehingga duktus arteriosus menutup. Darah miskin oksigen menuju vena kava inferior/superior, atrium kanan, ventrikel kanan, arteri pulmonalis, pertukaran

oksigen dan karbondioksida di paru, darah kaya oksigen menuju ke vena pulmonalis, atrium kiri, ventrikel kiri, aorta, sirkulasi sistemik, vena cava inferior/superior dan seterusnya.

Peningkatan aliran darah pada paru akan memperlancar pertukaran gas dalam alveolus dan menghilangkan cairan paru. Peningkatan aliran darah paru akan mendorong peningkatan sirkulasi limfe dan merangsang perubahan sirkulasi janin menjadi sirkulasi luar rahim (Sartika dkk, 2011:4).

c. Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus, relatif lebih luas dari tubuh orang dewasa sehingga metabolisme basal per kg Berat Badan (BB) akan lebih besar. Pada jam pertama energi didapatkan dari pembakaran karbohidrat dan pada hari ke dua energi basal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu kurang lebih pada hari keenam, pemenuhan kebutuhan energi bayi 60% didapat dari lemak dan 40% dari karbohidrat.

Energi tambahan yang diperlukan neonatus pada jam-jam pertama sesudah lahir, diambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula darah mencapai 120 mg/ 100 ml. Jika bayi dan ibu yang menderita Diabetes Melitus (DM) dan BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) perubahan glukosa menjadi glikogen akan meningkat atau terjadi gangguan pada metabolisme asam lemak

yang tidak dapat memenuhi kebutuhan neonatus, maka kemungkinan besar bayi akan menderita hipoglikemi.

Untuk memfungsikan otak, Bayi Baru Lahir (BBL) memerlukan glukosa dalam jumlah tertentu. Setelah tindakan penjemputan tali pusat dengan klem pada saat lahir, seorang bayi harus mulai mempertahankan kadar glukosa darahnya sendiri. Pada setiap Bayi Baru Lahir (BBL) glukosa darah akan turun dalam waktu cepat (1-2 jam).

Cara mengoreksi penurunan gula darah dapat dilakukan dengan beberapa cara sebagai berikut :

- 1) Melalui penggunaan Air Susu Ibu (ASI) yang artinya Bayi Baru Lahir (BBL) yang sehat harus didorong untuk diberi Air Susu Ibu (ASI) secepat mungkin setelah lahir.
- 2) Melalui penggunaan cadangan glikogen (glikogenesis).
- 3) Melalui pembuatan glukosa dari sumber lain terutama lemak (glukoneogenesis)

Bayi Baru Lahir (BBL) yang tidak dapat mencerna makanan dalam jumlah yang cukup akan membuat glukosa dari glikogen (glikogenolisis), hal ini hanya terjadi jika bayi mempunyai persediaan glikogen yang cukup. Bayi yang sehat akan menyimpan glukosa sebagai glikogen terutama dalam hati selama bulan-bulan terakhir kehidupan dalam rahim. Bayi yang mengalami hipotermia pada saat lahir akan mengalami hipoksia, maka akan

menggunakan persediaan glikogen dalam jam pertama kelahiran. Ini yang menyebabkan mengapa sangat penting menjaga bayi dalam keadaan hangat. Keseimbangan glukosa tidak sepenuhnya tercapai hingga 3-4 jam pertama pada bayi cukup bulan yang sehat. Jika semua persediaan di gunakan pada jam pertama, maka otak bayi dalam keadaan beresiko. Bayi baru lahir kurang bulan, lewat bulan, dan yang mengalami hambatan pertumbuhan dalam rahim serta distress janin merupakan resiko utama karena simpanan energi berkurang atau digunakan sebelum lahir. Gejala-gejala hipoglikemia bisa tidak jelas dan tidak khas meliputi kejang-kejang halus, sianosis, apnea, menangis lemah, letargi, lunglai dan menolak makanan. Akibat jangka panjang hipoglikemia adalah kerusakan yang meluas di seluruh sel-sel otak, bidan harus selalu ingat bahwa hipoglikemia dapat tanpa gejala pada awalnya (Rahardjo, 2015:23).

d. Produksi panas (suhu tubuh)

Bayi Baru Lahir (BBL) mempunyai kecenderungan untuk mengalami stres fisik akibat perubahan suhu di luar uterus. Fluktuasi (naik turunnya) suhu di dalam uterus minimal, rentang maksimal hanya $0,6^{\circ}\text{C}$ sangat berbeda dengan kondisi diluar uterus. Faktor yang paling berperan dalam kehilangan panas tubuh Bayi Baru Lahir (BBL) adalah :

- 1) Luas permukaan tubuh bayi
- 2) Pusat pengaturan suhu tubuh bayi yang belum berfungsi dengan sempurna
- 3) Tubuh bayi terlalu kecil untuk memproduksi serta menyimpan panas.

Pada lingkungan yang dingin, pembentukan suhu tanpa mekanisme menggigil merupakan usaha utama seorang bayi yang kedinginan untuk mendapatkan kembali panas tubuhnya. Pembentukan suhu tanpa menggigil ini merupakan hasil penggunaan lemak coklat yang terdapat di seluruh tubuh, dan mampu meningkatkan panas tubuh sampai 100%. Untuk membakar lemak coklat, bayi menggunakan glukosa untuk mendapatkan energi yang akan mengubah lemak menjadi panas. Lemak coklat tidak dapat diproduksi ulang oleh Bayi Baru Lahir (BBL) dan cadangan lemak coklat ini akan habis dalam waktu singkat dengan adanya sters dingin. Semakin lama usia kehamilan, semakin banyak persediaan lemak coklat bayi. Jika seorang bayi kedinginan, maka akan mulai mengalami hipoglikemia, hipoksia, dan acidosis. Oleh karena itu, upaya pencegahan kehilangan panas merupakan prioritas utama dan bidan wajib untuk meminimalkan kehilangan panas pada Bayi Baru Lahir (BBL). Suhu tubuh normal pada neonatus, adalah 36,5-37,5 °C melalui pengukuran di aksila

dan rektum, jika nilainya turun di bawah 36,5 °C maka bayi mengalami hipotermia. (Rahardjo, 2015:24).

Hipotermia dapat terjadi setiap saat apabila suhu di sekeliling rendah dan upaya mempertahankan suhu tubuh tidak diterapkan secara tepat, terutama pada masa stabilisasi 6-12 jam pertama setelah lahir. Misalnya Bayi Baru Lahir (BBL) dibiarkan basah dan telanjang selama menunggu plasenta lahir meskipun kondisi lingkungan di sekitar bayi cukup hangat.

Gejala Hipotermia pada Bayi Baru Lahir (BBL) antara lain adalah :

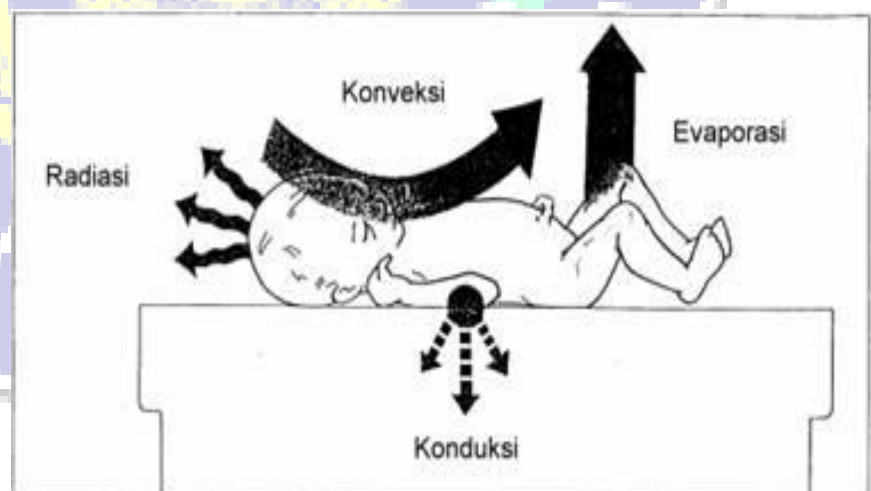
- 1) Sejalan dengan menurunnya suhu tubuh, maka bayi menjadi kurang aktif, letargi, hipotonus, tidak kuat menghisap Air Susu Ibu (ASI), dan menangis lemah.
- 2) Pernapasan megap-megap dan lambat, serta denyut jantung menurun.
- 3) Timbul sklerema : kulit mengeras berwarna kemerahan terutama dibagian punggung , tungkai, serta lengan.
- 4) Muka bayi berwarna merah terang.

Hipotermia menyebabkan terjadinya perubahan metabolisme tubuh yang akan berakhir dengan kegagalan fungsi jantung, perdarahan terutama pada paru-paru, ikterus, bahkan kematian. (Rahardjo, 2015:24).

Bila bayi dilahirkan dalam suhu kamar 25°C maka bayi akan kehilangan panas melalui evaporasi (penguapan), konveksi dan radiasi sebanyak 200 kalori/kg BB/menit, sedangkan pembentukan panas yang dapat di produksi hanya persepuluh dari jumlah kehilangan panas di atas, dalam waktu yang bersamaan. Hal ini akan menyebabkan penurunan suhu tubuh sebanyak 2°C dalam waktu 15 menit. Keadaan ini sangat berbahaya untuk neonatus serta Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), bayi dapat mengalami asfiksia karena tidak mampu mengimbangi penurunan suhu tersebut dengan produksi panas yang dibuat sendiri.

Berikut ini merupakan mekanisme kemungkinan hilangnya panas tubuh dari bayi baru lahir :

Mekanisme kehilangan panas pada bayi



Gambar 2.7
Mekanisme kehilangan panas pada bayi

Sumber : Rahardjo, 2015.

1) Konduksi

Panas di hantarkan dari tubuh bayi ke tubuh benda di sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi. (pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung). Contoh hilangnya panas tubuh bayi secara konduksi, adalah menimbang bayi tanpa alas timbangan, tangan petugas yang dingin memegang Bayi Baru Lahir (BBL), menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL).

2) Konveksi

Panas hilang dari bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak atau jumlah panas yang hilang tergantung pada kecepatan dan suhu udara. Contoh hilangnya panas tubuh bayi secara konveksi, adalah membiarkan atau menempatkan Bayi Baru Lahir (BBL) dekat dengan jendela, membiarkan Bayi Baru Lahir (BBL) di ruangan yang terpasang kipas angin.

3) Radiasi

Panas dipancarkan dari Bayi Baru Lahir (BBL), keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin atau pemindahan panas antar dua objek yang mempunyai suhu berbeda. Contoh bayi mengalami kehilangan panas tubuh secara radiasi, adalah Bayi Baru Lahir (BBL) dibiarkan dalam

ruangan dengan *Air Conditioner* (AC) tanpa diberi pemanas (*Radiant Warmer*), Bayi Baru Lahir (BBL) dibiarkan keadaan telanjang, Bayi Baru Lahir (BBL) di tidurkan berdekatan dengan ruangan yang dingin, misalnya dekat tembok.

4) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung kepada kecepatan dan kelembaban udara (perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap). Evaporasi dipengaruhi oleh jumlah panas yang dipakai, tingkat kelembaban udara serta aliran udara yang melewati.

Akibat dari suhu tubuh yang rendah adalah metabolisme jaringan akan meningkat dan berakibat lebih mudah terjadi asidosis metabolik berat sehingga kebutuhan oksigen akan meningkat. Selain itu, hipotermi yang terjadi pada neonatus dapat menyebabkan hipoglikemia. Jika neonatus mengalami hipotermi maka akan mengadakan penyesuaian suhu terutama dengan memproduksi panas total yang bukan berasal dari aktivitas otot atau *Non Shivering Thermogenesis* (NST). Produksi panas ini dilakukan dengan cara pembakaran cadangan lemak (lemak coklat/*brown fat*) yang memberikan banyak energi dari

pada lemak biasa. *Brown fat* terdapat pada neonatus dalam jumlah besar (sekitar 2-6 % BB). Lemak ini terdapat di :

- a) Antara scapula
- b) Sekitar otot dan pembuluh darah leher
- c) Pelipatan lengan atas (axila)
- d) Antara mediastinum dan oesophagus
- e) Sekitar ginjal dan kelenjar adrenal

Tidak semua neonatus memiliki ketahanan suhu tubuh yang sama, karena hal ini sangat dipengaruhi oleh : suhu bayi, umur kehamilan serta berat badan bayi. Untuk mengurangi kehilangan panas tersebut dapat ditangani dengan mengatur suhu lingkungan, membungkus badan bayi dengan kain hangat, di simpan di tempat tidur yang sudah di hangatkan atau dimasukkan sementara ke dalam inkubator, mengeringkan bayi dengan cara seksama, menyelimuti bayi dengan selimut atau kain bersih, kering dan hangat, menutup bagian kepala bayi, menganjurkan ibu untuk memeluk dan menyusukan bayinya (Rahardjo, 2015:24).

e. Sistem gastrointestinal

Kebutuhan nutrisi dan kalori janin terpenuhi secara langsung dari ibu melalui plasenta, sehingga gerakan ususnya tidak aktif dan tidak memerlukan enzim pencernaan, serta kolonisasi bakteri di usus negatif. Setelah lahir gerakan usus mulai aktif,

sehingga memerlukan enzim pencernaan, dan kolonisasi bakteri di usus positif. Syarat pemberian minum adalah sirkulasi baik, bising usus positif, tidak ada kembung, pasase mekonium positif, tidak ada muntah dan sesak napas.

Refleks *gumoh* dan refleks batuk sudah terbentuk dengan baik saat lahir. Kemampuan bayi untuk menelan dan mencerna makanan selain susu masih terbatas. Hubungan antara esofagus dan lambung masih belum sempurna (*gumoh*) dan kapasitas lambung masih terbatas (30 cc).

Dua sampai dua hari pertama kolon berisi mekonium yang lunak berwarna hijau kecokelatan, yang berasal dari saluran usus dan tersusun atas, mukus dan sel epidermis. Warna yang khas berasal dari pigmen empedu. Beberapa jam sebelum lahir usus masih steril, tetapi setelah itu bakteri menyerbu masuk. Pada hari ke-3 atau ke-4 mekonium menghilang (Sartika dkk, 2011:6).

f. Hepar

Pada usia kehamilan empat bulan mempunyai peranan dalam metabolisme hidrat arang, dan glikogen mulai disimpan di dalam hepar, setelah bayi lahir simpanan glikogen akan cepat terpakai, vitamin A dan D juga sudah disimpan dalam hepar.

Fungsi hepar janin dalam kandungan dan segera setelah lahir masih dalam keadaan imatur (belum matang), hal ini

dibuktikan dengan ketidakseimbangan hepar untuk menindak bekas penghancuran dalam peredaran darah.

Enzim hepar belum aktif pada neonatus, misalnya enzim UDPG : T (uridin difosfat glukorinide tranferase) dan enzim C6PD (Glukose 6 fosfat dehidrogenase) yang berfungsi dalam sintesis bilirubin, sering kurang sehingga neonatus memperlihatkan gejala ikterus fisiologik.

Segera setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis, yaitu kenaikan kadar protein serta penurunan lemak serta glikogen. Sel hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun memakan waktu agak lama, enzim hati belum aktif benar pada waktu Bayi Baru Lahir (BBL), daya detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna, contohnya pemberian obat kloramfenikol dengan dosis lebih dari 50 mg/kg BB/hari dapat menimbulkan *grey baby syndrome* (Rahardjo, 2015:22).

g. Sistem ginjal

Janin membangun toksin dan homeostasis cairan/elektrolit melalui plasenta. Setelah lahir ginjal berperan dalam homeostasis cairan/elektrolit. Lebih dari 90% bayi berkemih dalam usia 24 jam, dan memproduksi urine 1-2 ml/kg/jam. Pematangan ginjal berkembang sampai usia gestasi 36 minggu (Sartika dkk, 2011:7).

h. Sistem neurologi

Bayi telah dapat melihat dan mendengar sejak baru lahir sehingga membutuhkan stimulasi suara dan penglihatan. Setelah lahir jumlah dan ukuran sel saraf tidak bertambah. Pembentukan sinaps terjadi secara progresif sejak lahir sampai usia 2 tahun. Mielinisasi (perkembangan serabut mielin) terjadi sejak janin 6 bulan sampai dewasa. *Golden period* mulai pada Trimester III sampai usia 2 tahun pertambahan lingkar kepala (saat lahir rata-rata 36 cm, usia 6 bulan 44 cm, usia 1 tahun 47 cm, usia 2 tahun 49 cm, usia 5 tahun 51 cm, dewasa 56 cm). Saat lahir bobot otak 25% dari berat dewasa, usia 6 bulan hampir 50%, usia 2 tahun 75%, usia 5 tahun 90%, usia 10 tahun 100% (Sartika dkk, 2011:7).

i. Immunologi

Terdapat beberapa jenis imunoglobulin atau suatu protein yang mengandung zat antibodi, diantaranya adalah IgG (immunoglobulin Gamma G). Pada neonatus hanya terdapat immunoglobulin Gamma G, dibentuk dalam bulan ke dua setelah bayi dilahirkan, immunoglobulin Gamma G pada janin berasal dari ibu melalui plasenta.

Pada neonatus tidak terdapat sel plasma pada sumsum tulang, lamina propia ilium serta apendiks. Plasenta merupakan sawar sehingga fetus bebas dari antigen dan steris immunologis. Pada Bayi Baru Lahir (BBL) hanya terdapat immunoglobulin

Gamma G, sehingga imunologi dari ibu dapat melalui plasenta karena berat molekulnya kecil. Jika terjadi infeksi pada janin dapat melalui plasenta seperti : toksoplasmosis, herpes simplek dan penyakit virus lainnya, reaksi immunoglobulin dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma dan anti bodi gamma A, G dan gamma M. Ig. Gamma A telah dapat dibentuk pada kehamilan dua bulan dan baru banyak ditemukan segera sesudah bayi dilahirkan khususnya pada traktus respiratory. Kelejar liur, pankreas dan traktus urogenitalis. immunoglobulin Gamma M ditemukan pada kehamilan lima bulan, produksi immunoglobulin Gamma M meningkat segera setelah bayi lahir, sesuai dengan bakteri dalam alat pencernaan.

Sistem immunitas Bayi Baru Lahir (BBL) masih belum matang, sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem immunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi menjegah atau meminimalkan infeksi.

Contoh dari kekebalan alami adalah :

- 1) Perlindungan dari membran mukosa
- 2) Fungsi saringan saluran napas.
- 3) Pembentukan koloni mikroba di kulit dan usus.
- 4) Perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung.

Kekebalan alami juga disediakan pada tingkat sel oleh sel darah yang membantu Bayi Baru Lahir (BBL) membunuh mikroorganisme asing, tetapi sel-sel darah ini masih belum matang artinya Bayi Baru Lahir (BBL) tersebut belum mampu melokalisasi dan memerangi infeksi secara efisien. Kekebalan yang di dapat akan muncul kemudian. Bayi Baru Lahir (BBL) dengan kekebalan pasif mengandung banyak virus dalam tubuh ibunya. Reaksi antibodi keseluruhan terhadap, antigen asing masih belum bisa dilakukan sampai awal kehidupannya. Salah satu tugas utama selama masa bayi dan balita adalah pembentukan sistem kekebalan tubuh. Karena adanya defisiensi kekebalan alami yang didapat ini, Bayi Baru Lahir (BBL) sangat rentan terhadap infeksi. Reaksi Bayi Baru Lahir (BBL) terhadap infeksi masih lemah dan tidak memadai, oleh karena itu pencegahan terhadap mikroba (seperti pada praktek persalinan yang aman dan menyusui Air Susu Ibu dini terutama kolostrum) dan deteksi dini infeksi menjadi : sangat penting (Rahardjo, 2015:32).

5. Pencegahan Infeksi

Pengertian pencegahan infeksi merupakan penatalaksanaan awal yang harus dilakukan pada Bayi Baru Lahir (BBL) karena Bayi Baru Lahir (BBL) sangat rentan terhadap infeksi. Pada saat penanganan Bayi Baru Lahir (BBL), pastikan petugas kesehatan untuk melakukan

tindakan pencegahan infeksi pada Bayi Baru Lahir (BBL), adalah dengan :

- a. Mencucui tangan sebelum dan setelah melakukan kontak dengan bayi.
- b. Memakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.
- c. Memastikan semua peralatan, termasuk klem gunting dan benang tali pusat telah di desinfeksikan tingkat tinggi atau steril. Jika menggunakan bola karet penghisap, pakai yang bersih dan baru. Jangan pernah menggunakan bola karet penghisap untuk lebih dari satu bayi.
- d. Memastikan jika semua pakaian, handuk, selimut serta kain yang digunakan untuk bayi, telah dalam keadaan bersih.
- e. Memastikan bahwa timbangan, pita pengukur, termometer, stetoskop dan benda-benda yang lainnya akan bersentuhan dengan bayi dalam keadaan bersih (dekontaminasi dan cuci setiap kali setelah digunakan).
- f. Menganjurkan ibu menjaga kebersihan diri, terutama payudara dengan mandi setiap hari (puting susu tidak boleh disabun).
- g. Membersihkan muka, pantat dan tali pusat Bayi Baru Lahir (BBL) dengan air bersih, hangat dan sabun setiap hari.
- h. Menjaga bayi dari orang yang menderita infeksi serta memastikan orang yang memegang bayi sudah mencuci tangan sebelumnya.

Upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya infeksi pada Bayi Baru Lahir (BBL) menurut Depkes RI (2000) adalah :

a. Pencegahan infeksi pada tali pusat

Dengan cara merawat tali pusat, yang berarti menjaga agar luka tersebut tetap bersih, tidak terkena air kencing, kotoran bayi atau tanah. Pemakaian popok bayi diletakkan di sebelah bawah tali pusat. Jika tali pusat kotor, cuci luka tali pusat dengan air bersih yang mengalir, segera dikeringkan dengan kain kasa kering dan dibungkus dengan kasa tipis yang steril dan kering. Tidak dianjurkan untuk membubuhkan atau mengoleskan ramuan, abu dapur atau yang lain pada luka tali pusat, karena akan menyebabkan infeksi dan tetanus yang dapat berakhir dengan kematian neonatal. Tanda-tanda infeksi tali pusat yang harus diwaspadai antara lain adalah kulit sekitar tali pusat berwarna kemerahan, adanya pus atau nanah yang berbau busuk. Mengawasi dan segera melaporkan ke petugas kesehatan jika ditemukan perdarahan pada tali pusat, pembengkakan, keluar cairan, tampak merah atau berbau busuk.

Telah banyak dilakukan uji klinis untuk membandingkan cara perawatan tali pusat agar tidak terjadi peningkatan infeksi, yaitu dengan cara membiarkan luka tali pusat terbuka dan membersihkan luka hanya dengan air bersih.

Negara-negara yang beriklim tropis perlu mewaspadai penggunaan alkohol yang dulunya populer dan terbukti efektif untuk membersihkan tali pusat, karena sesungguhnya alkohol akan mudah menguap di daerah panas dan dengan demikian efektifitasnya akan menurun. Begitupun dengan bedak antiseptik.

Jadi cara yang paling efektif adalah dengan cara membiarkan tali pusat tetap terbuka, mengering dan hanya di bersihkan setiap hari dengan air bersih. Bidan perlu memberikan informasi kepada ibu agar tidak terjadi infeksi karena terjadinya peningkatan kelembaban pada kulit bayi. (Sartika dkk,2012: 33).

b. Pencegahan infeksi pada kulit

Beberapa cara yang dapat mencegah terjadinya infeksi pada kulit Bayi Baru Lahir (BBL) atau penyakit infeksi lain adalah meletakkan bayi pada dada ibu agar terjadi kontak kulit langsung antara ibu dan bayi, sehingga menyebabkan terjadi kolonisasi mikroorganisme yang ada di kulit dan saluran pencernaan bayi dengan mikroorganisme ibu yang cenderung bersifat nonpatogen, serta adanya zat antibodi bayi yang terbentuk serta terkandung dalam air susu ibu. (Sartika dkk,2012: 33).

c. Pencegahan infeksi pada mata Bayi Baru Lahir (BBL)

Cara mencegah infeksi pada mata Bayi Baru Lahir (BBL) adalah merawat mata Bayi Baru Lahir (BBL) dengan mencuci tangan terlebih dahulu, membersihkan kedua mata segera setelah

lahir dengan kapas atau sapu tangan halus dan bersih yang telah dibersihkan dengan air hangat. Dalam waktu 1 jam setelah bayi lahir, berikan salep obat tetes mata untuk mencegah oftalmia neonatorum (tetrasklin 1%, entrosmin 0,5% atau nitras argensi 1 %), biarkan obat tetap pada mata bayi dan obat yang ada di sekitar mata jangan dibersihkan. Setelah selesai merawat mata bayi, cuci tangan kembali. Keterlambatan memberikan salep tetes mata, misalnya Bayi Baru Lahir (BBL) diberi saleb mata setelah 1 jam setelah lahir, merupakan sebab tersering kegagalan upaya pencegahan infeksi pada mata bayi baru lahir. (Sartika dkk,2012: 33).

d. Immunisasi

Imunisasi merupakan suatu cara memproduksi imunisasi aktif buatan untuk melindungi diri melawan penyakit tertentu dengan cara memasukkan suatu zat dalam tubuh melalui penyuntikan atau cara oral.

Pada daerah resiko tinggi infeksi tuberkulosis, imunisasi BCG harus diberikan pada bayi segera setelah lahir, pemberian dosis pertama tetesan polio dianjurkan pada bayi segera setelah lahir atau pada umur 2 minggu. Maksud pemberian imunisasi polio secara dini ialah untuk meningkatkan perlindungan awal. Imunisasi Hepatitis B sudah merupakan program nasional, meskipun pelaksanaannya dilakukan secara bertahap. Pada daerah

resiko tinggi, pemberian imunisasi Hepatitis B dianjurkan pada bayi segera setelah lahir (Sartika dkk,2012: 33).

6. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

Pemeriksaan fisik Bayi Baru Lahir (BBL) adalah pemeriksaan awal terhadap bayi setelah berada di dunia luar dengan tujuan untuk memeriksa adanya kelainan fisik serta ada atau tidaknya refleks primitif. Pemeriksaan ini dilakukan setelah kondisi bayi stabil, biasanya enam jam setelah bayi lahir.

Pemeriksaan fisik Bayi Baru Lahir (BBL) memerlukan pengetahuan dan ketrampilan yang adekuat sehingga tidak akan menimbulkan resiko yang dapat membahayakan bayi. Pada pemeriksaan ini yang paling penting adalah cara menjaga agar bayi tidak mengalami hipotermi dan bayi tidak mengalami trauma karena tindakan yang kita lakukan. Lengkapi semua tindakan dengan *informed consent* terlebih dahulu apabila bayi telah dirawat gabungan dengan ibu. (Kumalasari, 2015:216).

Prinsip yang harus diperlukan dalam pemeriksaan fisik Bayi Baru Lahir (BBL) adalah dengan :

- a. Ruang harus hangat, terang, serta bersih.
- b. Cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan.
- c. Gunakan Alat Pelindung Diri (APD) seperti celemek dan sarung tangan.
- d. Yakinkan alat pemeriksaan bersih.

- e. Lakukan pemeriksaan secara sistematis *head to toe* : inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi.
- f. Jika ada kelainan lakukan tindakan kolaborasi atau rujuk.
- g. Lakukan pendokumentasian.

Adapun komponen pemeriksaan fisik pada Bayi Baru Lahir (BBL) meliputi sebagai berikut :

a. Pengkajian

Pengkajian fisik merupakan suatu cara untuk mendapatkan informasi tentang anak dan keluarganya dengan menggunakan semua pancaindra baik sebyektif maupun obyektif. Pengkajian fisik Bayi Baru Lahir (BBL) dan perkembangannya dilakukan bersamaan pada waktu melakukan pemeriksaan secara inspeksi maupun observasi.

b. Tujuan pengkajian

- 1) Mendapat hasil yang valid.
- 2) Mengetahui keadaan fisik secara umum.
- 3) Mengetahui kondisi normal/abnormal.

c. Aspek yang perlu dikaji adalah sebagai berikut

1) Anamnesis meliputi sebagai berikut

- a) Biodata bayi dan orang tua meliputi nama, tanggal, jam lahir, jenis kelamin, berat badan, panjang badan, alamat, nama orang tua, umur, suku atau bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan serta alamat.

- b) Alasan datang.
- c) Riwayat persalinan, meliputi jenis persalinan, di tolong oleh, lama persalinan : kala I, kala II, kala III, kala IV, ketuban pecah, warna air ketuban, plasenta, tali pusat, komplikasi, keadaan bayi baru lahir, menangis, gerakan, warna kulit.
- d) Riwayat masalah yang terjadi selama persalinan, meliputi riwayat frekuensi ANC, oleh siapa, di mana, TT, tablet Fe, serta keluhan.
- e) Riwayat kesehatan, meliputi riwayat penyakit yang dialami ibu, riwayat penyakit keluarga, riwayat operasi yang dijalani, serta riwayat keluarga (gemeli).
- f) Data psikososial, meliputi penerimaan ibu, suami, dan keluarga lain terhadap kehamilan, hubungan ibu dengan suami dan keluarga, jumlah anggota keluarga, jumlah anggota keluarga lainnya yang tinggal serumah, apakah ada keluarga lain yang tinggal serumah, pantangan makanan, serta kebiasaan makan.
- g) Riwayat kultural, meliputi kebiasaan berobat, dab adat istiadat yang mempengaruhi.
- h) Pola kebiasaan sehari-hari meliputi pola nutrisi yaitu Air Susu Ibu (ASI), Makanan Pendamping Air Susu Ibu

(MPASI), eliminasi Buang Air Kecil (BAK) serta Buang Air Besar (BAB).

2) Pemeriksaan umum

- a) Secara keseluruhan (perbandingan bagian tubuh bayi proporsional/tidak)
- b) Bagian kepala, badan, serta ekstremitas (pemeriksaan ada/tidaknya kelainan)
- c) Tonus otot, tingkat aktivitas (gerakan bayi aktif atau tidak)
- d) Warna kuli serta bibir (kemerahan/kebiruan)
- e) Tangis bayi (melengking, merintih, normal)
- i) Pemeriksaan khusus meliputi sebagai berikut.

3) Inspeksi

Meliputi kepala, Ubun Ubun Besar (UUB), hidung, mata, muka, leher, dada, abdomen, punggung, anus, genitalia eksterna, ekstremitas atas, dan bawah.

4) Pemeriksaan antropometri

Meliputi *Circumferentia Mento Occipitalis* (CMO), *Circumferentia Fronto Occipitalis* (CFO), *Diameter Mento Occipitalis* (DMO), *Diameter Fronto Occipitalis* (DFO), Bayi Baru Lahir (BBL), Panjang Badan Lahir (PBL), Lingkar Lengan Atas (LILA), serta lingkar dada.

5) Refleks

Meliputi *refleks moro, rooting, sucking, grabs, tonic neck*.

6) Pemeriksaan penunjang

Meliputi laboratorium klinik dan diagnosis penunjang lain.

7) Tanda-Tanda Vital (TTV)

a) Periksa nafas dengan melihat tarikan napas pada dada menggunakan petunjuk waktu. Laju napas normal 40-60 per menit, tidak ada *wheezing* dan ronki.

b) Periksa laju jantung dengan menggunakan stetoskop. Laju jantung normal 120-160 kali permenit, tidak terdengar murmur jantung. Jika lebih dari 160 kali per menit (takikardi) merupakan tanda infeksi, hipovolemia, hipertermia, anemia, konsumsi obat ibu. Apabila kurang dari 100 kali per menit (bradikardi) merupakan tanda Bayi Baru Lahir (BBL) cukup bulan sedang tidur, atau kekurangan O₂.

c) Periksa suhu dengan menggunakan termometer aksila. Suhu normal 36,5-37,2°C.

d) Pengukuran tiga komponen pertumbuhan

(1) Berat Badan (BB)

Ditimbang setiap hari, Berat Badan (BB) < 2.500 g :

prematur atau *small for gestational age* (SGA), Berat

Badan (BB) > 4.000 g : *post-term* atau *large for*

gestational age (LGA). Perlu mengetahui usia

kehamilan secara akurat. Perhatikan glikemia pada

Berat Badan (BB) kurang atau berlebih. Bayi Baru Lahir (BBL) akan kehilangan 10% pada minggu pertama, bila kehilangan berlebih kemungkinan kurang Air Susu Ibu (ASI), dehidrasi, dan bila berat badan sangat berbeda dengan kemarin, maka timbang dua kali. Berat badan akan kembali pada usia dua minggu. Kenaikan berat badan diharapkan adalah 30 g/hari.

(2) Panjang badan

Diukur dari ubun-ubun sampai tumit bayi, posisi telentang, sendi lutut dan panggul harus ekstensi penuh. Normal 45-53 cm. Diukur saat masuk dan setiap minggu serta dibandingkan dengan berat badan.

(3) Lingkar kepala

Diukur saat masuk dan setiap minggu. Cara mengukur dengan menghubungkan empat titik yaitu dua *frontal bosses* dan dua *occipital protuberances*, normal 33-38 cm. Letakkan pita ukur pada bagian paling menonjol di tulang oksiput dan dahi. Pengukuran sedikitnya sekali sehari jika Bayi Baru Lahir (BBL)

mengalami gangguan neurologis (perdarahan intraventrikular, hidrosefalus, asfiksia). (Kumalasari, 2015:214).

e) Pemeriksaan fisik dari ujung rambut sampai ujung kaki
(*head to toe*)

(1) Kepala

Raba sepanjang garis sutura dan fontanel, apakah ukuran dan tampilannya normal. Sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi *preterm*, *moulding* yang buruk, atau hidrosefalus. Pada kelainan spontan letak kepala, sering terlihat tulang kepala tumpang tindih yang disebut *moulding/moulase*. Keadaan ini normal kembali setelah beberapa hari sehingga ubun-ubun mudah diraba. Perhatikan ukuran dan ketegangannya. Fontanel anterior harus diraba, fontanel yang besar dapat terjadi akibat *prematuritas* atau *hidrosefalus*, sedangkan yang terlalu kecil terjadi pada mikrosefali. Jika fontanel menonjol, hal ini diakibatkan peningkatan tekanan intrakranial, sedangkan yang cekung dapat terjadi akibat dehidrasi.

Periksa adanya trauma kelahiran misalnya caput suksedaneum, sefal hematoma, perdarahan subaponeurotik/fraktur tulang tengkorak. Perhatikan adanya kelainan kongenital seperti anensefali, mikrosefali, kraniotabes, dan sebagainya.

(2) Wajah

Wajah harus tampak simetris. Terkadang wajah bayi terlihat asimetris, hal tersebut dikarenakan posisi bayi di intrauteri. Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom Down atau sindrom Piere-Robin. Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma lahir seperti laserasi atau paresi nervus fasialis.

(3) Mata

Goyangkan kepala bayi secara perlahan-lahan agar mata bayi terbuka. Periksa jumlah, posisi, atau letak mata. Periksa adanya strabismus atau koordinasi mata yang belum sempurna. Periksa adanya glaukoma kongenital, mulanya akan tampak sebagai pembesaran dan kemudian sebagai kekeruhan pada kornea. Katarak kongenital akan mudah terlihat atau pupil berwarna putih. Pupil harus tampak bulat. Terkadang ditemukan bentuk seperti lubang kecil (koloboma) yang dapat mengindikasikan adanya defek retina. Periksa adanya trauma seperti palpebra, perdarahan konjungtiva atau retina. Periksa adanya sekret pada mata, konjungtiva oleh kuman gonokokus dapat menjadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan. Apabila ditemukan epikantus melebar kemungkinan bayi mengalami sindrom Down.

(4) Hidung

Lakukan pengkajian bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Bayi harus dapat bernapas dengan hidung, jika melalui mulut harus diperhatikan kemungkinan ada obstruksi jalan napas karena atresia koana bilateral, fraktur tulang hidung atau ensefalokel yang menonjol ke nasofaring. Periksa adanya sekret yang mukopurulen yang terkadang berdarah. Hal ini kemungkinan adanya sifilis kongenital. Periksa adanya pernapasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menandakan adanya gangguan pernapasan. (Kumalasari, 2015:216).

(5) Mulut

Perhatikan mulut bayi, bibir harus berbentuk dan simetris. Ketidaksimetrisan bibir menunjukkan adanya palsi wajah. Mulut yang kecil menunjukkan adanya *mikrognati*. Periksa adanya bibir sumbing, adanya gigi atau ranula (kista lunak yang berasal dari dasar mulut).

Periksa keutuhan langit-langit, terutama pada persambungan antara palatum keras dan lunak. Perhatikan adanya bercak putih pada gusi atau palatum yang biasanya terjadi akibat *Epistein's pearl* atau gigi.

Periksa lidah apakah membesar atau sering bengkak. Bayi dengan edema otak atau tekanan intrakranial akan meninggi sering kali lidahnya keluar masuk (*tanda foote*).

(6) Telinga

Periksa dan pastikan jumlah, bentuk, serta posisinya. Pada bayi cukup bulan, tulang rawan sudah matang. Daun telinga harus berbentuk sempurna dengan lengkungan yang jelas dibagian atas. Perhatikan dengan seksama letak daun telinga. Daun teling yang telaknya rendah (*low set ears*) terdapat pada bayi yang mengalami sindrom tertentu (Pierre-Robin). Perhatikan adanya kulit tambahan atau *aurikel*, hal ini dapat berhubungan dengan abnormalitas pada ginjal.

(7) Leher

Leher bayi biasanya pendek, oleh karena itu harus diperiksa kesimetrisannya. Pergerakannya harus baik. Jika terdapat keterbatasan pergerakan kemungkinan adanya kelainan pada tulang leher. Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakialis. Lakukan perabaan untuk mengidentifikasi adanya pembengkakan. Periksa adanya pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis. Adanya

lipatan kulit yang berlebih dibagian leher menunjukkan adanya kemungkinan Trisomi 21.

(8) Klavikula

Raba seluruh klavikula untuk memastikan keutuhannya terutama pada bayi yang lahir dengan presentasi bokong atau distosia bahu. Periksa kemungkinan adanya fraktur. (Kumalasari, 2015:216).

(9) Tangan

Kedua lengan harus sama panjang, periksa dengan cara meluruskan kedua lengan ke bawah. Kedua lengan harus bebas bergerak, jika gerakan kurang kemungkinan adanya kerusakan neurologis atau fraktur. Periksa jumlah jari. Perhatikan adanya *polidaktili* atau *sindaktili*. Telapak tangan harus dapat terbuka, garis tangan yang hanya satu buah mengindikasikan adanya abnormalitas kromosom, seperti Trisomi 21. Periksa adanya *paronisia* pada kuku yang dapat terinfeksi atau tercabut sehingga menimbulkan luka dan berdarah.

(10) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernapas. Jika tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau diafragmatika. Pernapasan yang normal, dinding dada dan abdomen

akan bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernapas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk dengan baik dan tampak simetris. Payudara tampak membesar tetapi hal tersebut normal terjadi.

(11) Abdomen

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada pada saat bernapas. Kaji adanya pembengkakan. Jika perut sangat cekung kemungkinan adanya hernia diafragmatika. Abdomen yang membuncit kemungkinan hepatosplenomegali atau tumor lainnya. Jika perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vasikalis, omfalokel, atau duktus omfaloentriskus persisten.

(12) Genetalia

Pada bayi laki-laki panjang penis antara 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena akan menyebabkan fimosis. Periksa adanya *hipospadia* dan *epispadia*. Harus dilakukan palpasi pada skrotum untuk memastikan jumlah testis ada dua. Pada bayi perempuan cukup bulan labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina. Terkadang tampak

adanya sekret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan karena pengaruh hormon ibu (*withdrawal bedding*).

(13) Anus dan rektum

Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisi. Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya *meconium plug syndrome*, *megakolon*, atau obstruksi saluran pencernaan. (Kumalasari, 2015:216).

(14) Tungkai

Periksa kesimetrisan tungkai serta kaki. Periksa panjang kedua kaki dengan meluruskan keduanya dan bandingkan. Kedua tungkai harus dapat bergerak bebas. Kurangnya pergerakan karena adanya trauma, misalnya fraktur, kerusakan neurologis. Periksa adanya polidaktili atau sindaktili pada jari kaki.

(15) Spinal

Periksa spinal dengan cara menelungkupkan bayi, cari tanda-tanda abnormalitas seperti spina bifida, pembengkakan, lesung, atau bercak kecil berambut yang dapat menunjukkan adanya abnormalitas medula spinalis atau kolumna vertebra.

(16) Kulit

Perhatikan kondisi kulit. Periksa adanya ruam dan bercak atau tanda lahir, Periksa adanya pembengkakan, Perhatikan adanya verniks kaseosa, Perhatikan adanya lanugo, serta jumlah yang banyak terdapat pada bayi kurang bulan. (Kumalasari, 2015:216).



2.1.4 Kosep Dasar Masa Nifas

1. Pengertian Nifas

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih enam minggu (Saleha, 2009: 2).

Masa nifas (puerperium) adalah masa pemulihan kembali mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil. Lama masa nifas ini 6-8 minggu (Mochtar, 2012: 3)

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama enam minggu (Ambarwati, 2010: 6).

2. Tahap Masa Nifas

Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu *puerperium dini*, *puerperium intermedial*, dan *remote puerperium*.

a. Puerperium Dini

Puerperium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari. (Sulistyawati, 2009:5).

b. Puerperium intermedial

Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia, yang lamanya sekitar 6-8 minggu. (Sulistyawati, 2009:5)

c. Remote puerperium

Remote puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan. (Sulistyawati, 2009:5)

3. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

a. Perubahan sistem reproduksi

1) Involusi uterus

Involusi atau dapat juga disebut dengan pengerutan merupakan suatu proses yakni uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

Involusi uteri dari luar dapat diamati yaitu dengan memeriksa fundus uteri dengan cara sebagai berikut.

- (a) Segera setelah persalinan, tinggi fundus uteri 2 cm di bawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm diatas pusat dan menurun kira-kira 1 cm setiap harinya.

- (b) Pada hari kedua setelah persalinan tinggi fundus uteri 1 cm di bawah pusat. Pada hari ke 3-4 tinggi fundus uteri 2 cm di bawah pusat.
- (c) Pada hari ke 5-7 tinggi fundus uteri setengah pusat simfisis. Pada hari ke 10 tinggi fundus uteri tidak teraba.

Jika uterus tidak mengalami atau terjadi kegagalan dalam proses involusi disebut dengan subinvolusi. Subinvolusi dapat disebabkan oleh infeksi dan tertinggalnya sisa plasenta/perdarahan lanjut (*postpartum haemorrhage*). (Kumalasari, 2015:156).

2) Iskhemia miometrium

Disebabkan karena kontraksi serta retraksi yang terus menerus dari uterus setelah mengeluarkan plasenta sehingga membuat uterus relatif anemia serta serat otot atrofi. (Nanny dkk, 2011).

3) Involusi tempat plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta adalah tempat dengan permukaan kasar, tidak rata dan kira-kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya berukuran sekitar 3-4 cm dan pada akhir nifas sekitar 1-2 cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Biasanya luka yang

demikian sembuh dengan menjadi parut, tetapi luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena luka ini sembuh dengan cara dilepaskan dari dasarnya tetapi diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka. Endometrium ini tumbuh dari pinggir luka dan juga dari sisa-sisa kelenjar pada dasar luka.

Regenerasi endometrium terjadi pada tempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu. Epitelium berproliferasi meluas ke dalam dari sisa tempat ini dan dari lapisan sekitar uterus serta di bawah tempat implantasi plasenta dari sisa-sisa kelenjar basilar endometrial di dalam deciduas basalis. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung di dalam decidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini pada hakekatnya mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta yang menyebabkan menjadi terkelupas serta tidak dipakai lagi pada pembuangan lochia. (K Sukarni, 2013:341)

4) Afterpains

Pada primipara, tonus uterus meningkat sehingga menyebabkan fundus tetap pada umumnya, yaitu kencang. Relaksasi dan kontraksi yang periodik sering dialami multipara dan bisa menimbulkan nyeri yang bertahan sepanjang masa awal puerperium. Rasa nyeri setelah melahirkan ini lebih nyata

setelah ibu melahirkan, ditempat uterus terlalu teregang (misalnya, pada bayi besar dan kembar). Menyusui dan oksitosin tambahan biasanya meningkatkan nyeri, karena keduanya merangsang kontraksi uterus (Kumalasari, 2015:157).

5) Perubahan Ligamen

Ligamen-ligamen, diafragma pelvis serta fasia meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah janin lahir, berangsur-angsur mengecil kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retroflexi. Tidak jarang pula wanita mengeluh “kandungannya turun” setelah melahirkan oleh karena ligament, fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur. (K Sukarni, 2013:342)

6) Lochea

Lochea merupakan ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Jenis-jenis lochea adalah sebagai berikut :

- (a) Lochea rubra : lochea ini muncul pada hari 1-4 masa postpartum, berwarna merah karena berisi darah segar jaringan sisa-sisa plasenta.

(b) Lochea sanguinolenta : cairan berwarna merah kecokelatan dan berlendir. Berlangsung hari ke 4-7.

(c) Lochea serosa : berwarna kuning kecokelatan, muncul hari ke 7-14.

(d) Lochea alba : mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, serabut jaringan yang mati berlangsung selama 2-6 minggu. (Kumalasari, 2015:157)

(e) Lochea Purulenta

Terjadi karena adanya infeksi dan keluar cairan seperti nanah yang berbau busuk.

(f) Lochea Stasis

Lochea yang kelurnya tidak lancar (Suherni dkk, 2009).

7) Perubahan pada serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks postpartum merupakan bentuk serviks yang akan menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Beberapa hari setelah persalinan, ostium externum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggir-pinggirnya tidak rata, terlihat retak-retak karena

robekan dalam persalinan. Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh 1 jari, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari canalis cervikalis.

Pada serviks terbentuk sel otot baru yang mengakibatkan aerviks memanjang seperti celah. Karena hyper palpasi ini dan karena retraksi dari serviks, robekan serviks menjadi sembuh. Dengan begitu, setelah involusi selesai, ostium externum tidak serupa dengan keadaannya sebelum hamil, pada umumnya ostium externum lebih besar serta tetap ada retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya. Oleh robekan kesamping ini terbentuk bibir depan dan bibir belakang pada serviks (K Sukarni, 2013:342).

8) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap pada 6-8 minggu postpartum. Penurunan hormon estrogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali sekitar minggu keempat. (Kumalasari, 2015:157)

9) Payudara (mamae)

Pada setiap wanita yang telah melahirkan, proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua

mekanisme fisiologi, yaitu produksi susu dan sekresi susu atau bisa disebut dengan *let down* (Kumalasari, 2015:158).

b. Perubahan Sistem pencernaan

Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah melahirkan anak. Hal ini karena alat pencernaan mendapat tekana yang menyebabkan kolon menjadi kosong pada waktu melahirkan, pengeluaran cairan yang berlebih pada saat persalinan (dehidrasi), kurang makan, hemoroid, laserasi jalan lahir. agar Buang Air Besar (BAB) kembali teratur dapat diberikan diet atau makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup (Kumalasari, 2015:158).

c. Perubahan sistem perkemihan

Sebaiknya Buang Air Kecil (BAK) dapat dilakukan sendiri secepatnya pada ibu pasca persalinan. Terkadang puerperium mengalami sulit Buang Air Kecil (BAK), karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sfingter ani selama persalinan, karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan. (Kumalasari, 2015:158).

d. Perubahan sistem Endokrin

1) Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh glandula pituitari dan bekerja terhadap otot uterus serta jaringan payudara. Oksitosin didalam

sirkulasi darah menyebabkan kontraksi otot uterus pada waktu yang sama membantu proses involusi uterus.

2) Prolaktin

Penurunan estrogen menjadikan prolaktin yang dikeluarkan oleh glandula pituitari anterior bereaksi terhadap alveoli dari payudara sehingga menstimulasi produksi Air Susu Ibu (ASI). Pada ibu yang menyusui, kadar prolaktin tetap tinggi, merupakan permulaan stimulasi folikel di dalam ovarium ditekan.

3) HCG, HPL, estrogen, dan progesteron

Ketika plasenta terlepas dari dinding uterus dan kemudian lahir, tingkat hormon HCG, HPL, estrogen, serta progesteron di dalam darah ibu menurun dengan cepat, normalnya setelah tujuh hari.

4) Pemulihan ovulasi dan menstruasi

Pada ibu yang menyusui bayinya, ovulasi jarang sekali terjadi sebelum 20 minggu, dan tidak terjadi di atas 28 minggu pada ibu yang melanjutkan menyusui untuk enam bulan. Pada ibu yang tidak menyusui ovulasi dan menstruasi biasanya mulai antara 7-10 minggu. (Kumalasari, 2015:158)

5) Perubahan sistem kardiovaskular

Cardiac output meningkat selama persalinan dan meningkat lebih lanjut selama kala III, besarnya volume darah

dari uterus terjepit di dalam sirkulasi. Penurunan terjadi setelah hari pertama puerperium dan kembali normal pada akhir minggu ketiga.

Meskipun terjadi penurunan dalam ke organ setelah hari pertama, aliran darah ke payudara meningkat untuk persiapan laktasi. Pada beberapa hari pertama setelah kelahiran, fibrinogen, plasminogen, serta beberapa faktor pembekuan menurun cukup cepat. Akan tetapi darah mampu untuk melakukan koagulasi dengan peningkatan viskositas, dan mengakibatkan risiko trombosis (Kumalasari, 2015:159).

6) Perubahan sistem Hematologi

Lekositosis meningkat, sel darah putih sampai berjumlah 15.000 selama persalinan, tetap meningkat pada beberapa hari pertama postpartum. Jumlah sel darah putih dapat meningkat lebih lanjut sampai 25.000-30.000 di luar keadaan patologi jika ibu mengalami partus lama. Hb, Ht, dan eritrosit jumlahnya berubah di dalam awal puerperium.

7) Perubahan Tanda-Tanda Vital (TTV)

Tanda-Tanda Vital (TTV) juga harus dikaji dengan baik pada masa nifas, dengan sebagai berikut :

a) Suhu (S)

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari $37,2^{\circ}\text{C}$.

Dan sesudah partus dapat naik kurang lebih $0,5^{\circ}\text{C}$ dari

keadaan normal, namun tidak akan melebihi 38°C. Sesudah dua jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Jika suhu lebih dari 38°C, mungkin terjadi infeksi pada klien

b) Nadi (N) dan pernapasan (RR)

Denyut nadi berkisar antara 60-80x/menit setelah partus dan dapat terjadi bradikardi. Apabila terdapat takikardi dan suhu tubuh tidak panas mungkin ada perdarahan berlebihan atau ada vitium kordis pada ibu. Pada masa nifas umumnya denyut nadi labil dibandingkan dengan suhu tubuh, sedangkan pernapasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula.

c) Tekanan Darah (TD)

Pada beberapa kasus ditemukan kasus dengan keadaan hipertensi postpartum akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam setengah bulan tanpa pengobatan. (Kumalasari, 2015:159)

d) Perubahan berat badan.

Saat melahirkan ibu mengalami kehilangan 5-6 kg berat badan dan 3-5 kg selama minggu pertama masa nifas. Faktor-faktor yang mempercepat penurunan berat badan

pada masa nifas di antaranya adalah peningkatan berat badan selama kehamilan, primiparitas, segera kembali bekerja di luar rumah, dan merokok. Usia atau status pernikahan tidak memengaruhi berat badan. Kehilangan cairan keringat dan peningkatan jumlah urine menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama masa pascapartum. (Kumalasari, 2015:159).

e) Perubahan kulit (sistem integumen)

Pada saat hamil terjadi pigmentasi kulit di beberapa tempat karena proses hormonal. Pigmentasi ini berupa kloasma gravidarum pada pipi, kulit sekitar payudara, serta kulit dinding perut (*striae gravidarum*). Setelah persalinan, hormonal berkurang dan hiperpigmentasi pun menghilang. Pada dinding perut akan menjadi putih mengkilap atau *striae albican*. (Kumalasari, 2015:160).

4. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

Persalinan merupakan peristiwa penting serta mulia. Kejadian penuh ketegangan yang menguras tenaga dan sangat melelahkan. Oleh karena itu, ibu yang telah melahirkan perlu mendapatkan perawatan yang baik. Penyediaan asuhan postpartum adalah berdasarkan prinsip yang bertujuan untuk :

- a. Meningkatkan, mempertahankan, dan mengembalikan kesehatan.

- b. Memfasilitasi ibu untuk merawat bayinya dengan rasa aman nyaman, dan penuh percaya diri.
- c. Memastikan pola menyusui yang dapat meningkatkan perkembangan bayinya.
- d. Meyakinkan ibu dan pasangannya untuk mengembangkan kemampuannya sebagai orang tua dan untuk mendapatkan pengalaman berharga sebagai orang tua.
- e. Membantu keluarga mengidentifikasi dan memenuhi kebutuhan serta mengemban tanggung jawab terhadap kesehatan dirinya.

Perawatan fisik dan pemenuhan kebutuhan dasar pada masa puerperium harus mengarah pada tercapainya kesehatan yang baik, dengan upaya perawat atau bidan yang diarahkan pada identifikasi dan penatalaksanaan masalah kesehatan yang muncul pada masa nifas tersebut. Adapun kebutuhan dasar ibu nifas di antaranya sebagai berikut.

a. Nutrisi dan cairan

Pada masa nifas masalah diet perlu mendapat perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu serta sangat mempengaruhi susunan air susu.

Diet yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, tinggi protein, dan banyak mengandung cairan atau pun serat untuk mencegah konstipasi. Obat-obatan dikonsumsi sebatas yang

dianjurkan dan tidak berlebih, setelah itu ibu memerlukan asupan sebagai berikut.

1) Tambahan kalori 500 kalori setiap hari.

Untuk menghasilkan setiap 100 ml susu, ibu memerlukan asupan kalori 85 kalori. Pada minggu pertama dari enam bulan menyusui (ASI eksklusif) jumlah susu yang harus di hasilkan oleh ibu sebanyak 750 ml setiap hari. Mulai minggu kedua susu yang harus di hasilkan ibu adalah 600 ml, jadi tambahan jumlah kalori yang harus dikonsumsi oleh ibu adalah 510 kalori.

2) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup, pedoman umum yang baik untuk diet adalah 2-4 porsi/hari dengan menu seimbang (daging, buah, sayuran, roti/biji-bijian).

3) Pil zat besi (Fe) harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pascapersalinan.

4) Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui Air Susu Ibu (ASI).

5) Minum sedikitnya tiga liter air putih setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setelah setiap kali selesai menyusui).

6) Hindari makanan yang mengandung kafein atau nikotin.

b. Ambulasi

Jika tidak ada kelainan lakukan mobilisasi sedini mungkin, yaitu pada dua jam setelah persalinan normal. Pada ibu dengan partus normal ambulasi dini dilakukan paling tidak 6-12 jam postpartum, sedangkan pada ibu dengan partus *sectio caesarea* (SC) ambulasi dini dilakukan paling tidak setelah 12 jam postpartum setelah ibu sebelumnya beristirahat (tidur). Tahap ambulasi yaitu miring kiri atau kanan terlebih dahulu, kemudian duduk dan apabila ibu sudah cukup kuat berdiri maka ibu dianjurkan untuk berjalan (mungkin ke toilet untuk berkemih).

Manfaat ambulasi dini adalah sebagai berikut :

- 1) Faal usus dan kandung kemih lebih baik.
- 2) Menurunkan insiden tromboembolisme.
- 3) Memperlancar sirkulasi darah dan mengeluarkan cairan vagina (lochea).
- 4) Mempercepat pengembalian tonus otot dan vena.

c. Eliminasi

- 1) Buang Air Kecil (BAK)

Pengeluaran urine akan meningkat pada 24-48 jam pertama sampai hari kelima postpartum karena volume darah ekstra yang dibutuhkan waktu hamil tidak diperlukan lagi setelah persalinan. Sebaiknya, ibu tidak menahan Buang Air Kecil (BAK) ketika ada rasa sakit pada jahitan karena dapat

menghambat uterus berkontraksi dengan baik sehingga menimbulkan perdarahan yang berlebihan/ dengan mengosongkan kandung kemih dengan adekuat, tonus kandung kemih biasanya akan pulih kembali dalam 5-7 hari postpartum. Ibu harus berkemih spontan dalam 6-8 jam postpartum. Pada ibu yang tidak bisa berkemih motivasi ibu untuk berkemih dengan membasahi bagian vagina atau melakukan kateterisasi.

2) Buang Air Besar (BAB)

Kesulitan Buang Air Besar (BAB) (konstipasi) dapat terjadi karena ketakutan akan rasa sakit, takut jahitan terbuka, atau karena hemoroid. Kesulitan ini dapat dibantu dengan mobilisasi dini, mengonsumsi makanan tinggi serat, dan cukup minum sehingga bisa Buang Air Besar (BAB) dengan lancar. Sebaiknya pada hari kedua ibu sudah bisa Buang Air Besar (BAB). Jika sudah pada hari ketiga ibu masih belum bisa Buang Air Besar (BAB), ibu bisa menggunakan pencahar berbentuk supositoria sebagai pelunak tinja. Ini penting untuk menghindarkan gangguan pada kontraksi uterus yang dapat menghambat pengeluaran cairan vagina. Dengan melakukan pemulangan dini pun diharapkan ibu dapat segera Buang Air Besar (BAB).

3) Personal hygiene atau perawatan diri

Pada masa postpartum, seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan sangat penting untuk tetap dijaga. Perawatan diri yang dianjurkan di antaranya sebagai berikut.

4) Perawatan perineum

- a) Mengajarkan ibu membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Bersihkan daerah di sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Nasihatkan kepada ibu untuk membersihkan vulva setiap kali selesai Buang Air Kecil (BAK) atau Buang Air Besar (BAB) . Jika terdapat luka episiotomi sarankan untuk tidak menyentuh luka.
- b) Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan di bawah matahari atau disetrika.
- c) Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.

5) Pakaian

Sebaiknya, pakaian terbuat dari bahan yang mudah menyerap keringat karena produksi keringat menjadi banyak

(di samping urine). Produksi keringat yang tinggi berguna untuk menghilangkan ekstra volume saat hamil. Sebaiknya pakaian agak longgar di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan dan kering. Semikian juga dengan pakaian dalam, agar tidak terjadi iritasi pada daerah sekitarnya akibat lochea.

6) Kebersihan rambut

Setelah bayi lahir mungkin ibu mengalami kerontokan rambut akibat gangguan perubahan hormon sehingga keadaannya semakip tipis dibandingkan keadaan normal. Namun akan pulih kembali setelah beberapa bulan. Cuci rambut dengan kondisioner yang cukup, lalu sisir dengan sisir yang lembut. Hindari penggunaan pengering rambut.

7) Kebersihan kulit

Setelah persalinan, ekstra cairan tubuh yang dibutuhkan saat hamil akan dikeluarkan kembali melalui air seni dan keringat untuk menghilangkan pembengkakan pada wajah, kaki, betis, dan tangan ibu. Oleh karena itu, dalam minggu-minggu pertama setelah melahirkan, ibu akan merasakan jumlah keringat yang lebih banyak dari biasanya. Usahakan mandi lebih sering dan jaga agar kulit tetap kering.

8) Perawatan payudara

Perawatan yang dilakukan terhadap payudara bertujuan untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah

tersumbatnya saluran susu sehingga memperlancar pengeluaran susu. Lakukan perawatan payudara secara teratur. Perawatan payudara hendaknya dimulai sedini mungkin, yaitu 1-2 hari setelah bayi dilahirkan dan dilakukan dua kali sehari.

9) Istirahat dan tidur

Hal-hal yang bisa dilakukan pada ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur adalah sebagai berikut.

a) Anjurkan ibu untuk istirahat cukup untuk menvegah kelelahan yang berlebihan.

b) Sarankan ibu untuk kembali kekegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur. Kurang istirahat akan memengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu sebagai berikut :

(1) Mengurangi jumlah Air Susu Ibu (ASI) yang diproduksi.

(2) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.

(3) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

d. Aktivitas seksual

Secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau

dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu bergantung pada pasangan yang bersangkutan. Hubungan seksual dapat dilanjutkan setiap saat ibu merasa nyaman untuk memulai dan aktivitas itu dapat dinikmati.

e. Latihan senam nifas

Setelah persalinan terjadi involusi uterus. Involusi ini sangat jelas terlihat pada alat-alat kandungan. Sebagai akibat kehamilan, dinding perut menjadi lembek disertai adanya striae gravidarum yang membuat keindahan tubuh akan sangat terganggu. Cara untuk mengembalikan bentuk tubuh menjadi indah dan langsing seperti semula adalah dengan melakukan latihan dan senam nifas. (Kumalasari, 2015:160).

5. Asuhan Masa Nifas Normal

Tujuan asuhan masa nifas normal

Tujuan umum asuhan masa nifas adalah membantu ibu dan pasangannya selama masa transisi awal mengasuh anak. Sementara tujuan khusus asuhan masa nifas adalah sebagai berikut.

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayi fisik maupun psikologi.
- b. Melaksanakan skrining yang komperhensif, mendetksi masalah, mengobati/merujuk bila teradi komplikasi pada ibu dan bayinya.

- c. Memberikan pendidikan kesehatan, tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, Keluarga Berencana (KB), menyusui, pemberian imunisasi, dan perawatan bayi sehat.
- d. Memberikan pelayanan keluarga berencana
- e. Tahapan asuhan masa nifas normal

Paling sedikit empat kali kunjungan asuhan masa nifas yang dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir dan untuk mencegah, mendeteksi, serta mengurangi masalah yang terjadi, yaitu sebagai berikut.

- a. Kunjungan I : 6-8 jam postpartum.
- b. Kunjungan II : enam hari postpartum.
- c. Kunjungan III : dua minggu postpartum.
- d. Kunjungan IV : enam minggu postpartum.

Tujuan asuhan kunjungan masa nifas yaitu sebagai berikut :

- a. Kunjungan I yaitu 6-8 jam postpartum.

Asuhan yang diberikan adalah sebagai berikut

- 1) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- 2) Pemantauan keadaan umum ibu.
- 3) Melakukan hubungan antara bayi dan ibu (*bonding attachment*).
- 4) Air Susu Ibu (ASI) eksklusif.

b. Kunjungan II yaitu enam hari postpartum.

Asuhan yang diberikan adalah sebagai berikut.

- 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal.
- 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal.
- 3) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
- 4) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi
- 5) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- 6) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.

c. Kunjungan III yaitu dua minggu postpartum.

Asuhan yang diberikan sama dengan asuhan yang diberikan pada enam hari postpartum, yaitu sebagai berikut.

- 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal.
- 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal.
- 3) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.

- 4) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi.
- 5) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- 6) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.

d. Kunjungan IV yaitu enam minggu postpartum.

Asuhan yang diberikan yaitu sebagai berikut.

- 1) Menanyakan kepada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami.
- 2) Memberikan konseling untuk KB secara dini, imuisasi, senam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.
(Kumalasari, 2015:164).

6. Fisiologi Laktasi

a. Produksi Air Susu Ibu (ASI) Prolaktin.

Hormon prolaktin berfungsi untuk produksi Air Susu Ibu (ASI). Selama kehamilan hormon prolaktin dari plasenta meningkat tetapi Air Susu Ibu (ASI) belum keluar karena pengaruh hormon estrogen yang masih tinggi. Kadar estrogen dan progesteron akan menurun pada saat hari kedua atau ketiga pascapersalinan, sehingga terjadi sekresi Air Susu Ibu (ASI). Proses laktasi terdapat dua refleks yang berperan, yaitu refleks

prolaktin dan refleks aliran yang timbul akibat perangsangan puting susu dikarenakan isapan bayi. (Marliandiani, 2015: 51).

1) Refleks Prolaktin

Merupakan stimulasi produksi Air Susu Ibu (ASI) yang membutuhkan impuls saraf dari puting susu, hipotalamus, hipofise anterior, prolaktin, alveolus, dan tentunya Air Susu Ibu (ASI). Pada akhir kehamilan hormon prolaktin memegang peran untuk membuat kolostrum, tetapi jumlah kolostrum terbatas karena aktivitas prolaktin dihambat oleh estrogen dan progesteron yang masih tinggi.

Faktor pemicu sekresi prolaktin akan merangsang hipofise anterior sehingga keluar prolaktin. Hormon ini merangsang sel-sel alveoli yang berfungsi untuk membuat air susu. Kadar prolaktin pada ibu menyusui akan menjadi normal tiga bulan setelah melahirkan sampai penyapihan anak dan pada saat tersebut tidak akan ada peningkatan prolaktin walau ada isapan bayi, namun pengeluaran air susu tetap berlangsung.

Pada ibu nifas yang tidak menyusui, kadar prolaktin akan menjadi normal pada minggu ke 2-3. Sementara pada ibu menyusui, prolaktin akan meningkat dalam keadaan seperti stres atau pengaruh psikis, anestesi, operasi, dan rangsangan puting susu. (Marliandiani, 2015: 51).

2) Refleks Aliran (*Let Down Refleks*)

Rangsangan dari hisapan bayi dilanjutkan ke hipofise posterior (neurohipofise) yang kemudian di keluarkan oksitosin. Melalui aliran darah, hormon ini menuju uterus sehingga menimbulkan kontraksi. Kontraksi dari sel memeras air susu yang telah terbuat, keluar dari alveoli dan masuk ke sistem duktus dan selanjutnya mengalir melalui duktus latktiferus masuk ke mulut bayi. Hal yang dapat menghambat adalah ibu takut, cemas, khawatir, ragu terhadap kemampuannya merawat bayi. (Marliandiani, 2015: 51).

b. Pengeluaran Air Susu Ibu (ASI) Oksitosin

Jika bayi disusui, maka gerakan mengisap yang berirama akan menghasilkan rangsangan saraf yang terdapat pada glandula pituitari posterior, sehingga keluar hormon oksitosin. Hal ini menyebabkan sel-sel mioepitel di sekitar alveoli akan berkontraksi dan mendorong Air Susu Ibu (ASI) masuk dalam pembuluh ampula. Pengeluaran oksitosin selain dipengaruhi oleh isapan bayi, juga oleh reseptor yang terletak pada duktus. Apabila duktus melebar, maka secara reflektoris oksitosin dikeluarkan oleh hipofisis. (Marliandiani, 2015: 51).

2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

1. Pengertian Keluarga Berencana (KB)

Keluarga Berencana adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk mendapat objekif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran ,dan menentukan jumlah anak dalam keluarga. (Hartanto,2009: 34)

Sedangkan pengertian kontrasepsi adalah berasal dari kata kontra yang berarti mencegah atau melawan, sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan. Maksud dari kontasepsi adalah menghindari/mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel spermisida. (P.wahyu, 2013: 366).

pemilihan jenis kontasepsi didasarkan pada tujuan penggunaan, yaitu:

- a. Menunda kehamilan pasangan dengan istri berusia dibawah 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya.

Ciri-ciri konsepsi yang di perlukan yaitu:

- 1) Reversibilitas yang tinggi misalnya : pil, Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) IUD, dan Keluarga Berencana (KB) secara sederhana

- b. Menjarangkan kehamilan atau mengatur kesuburan. Masa saat istri berusia 20-30 tahun adalah cara yang paling baik untuk melahirkan dengan jarak kelahiran 3-4 tahun.

Ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan yaitu:

- 1) Reversibilitas cukup tinggi
- 2) Efektivitas cukup tinggi
- 3) Dapat dipakai 3-4 tahun
- 4) Tidak menghambat produksi Air Susu Ibu (ASI).

Kontrasepsi yang sesuai misalnya : Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) IUD, pil, suntik. Cara sederhana, susuk Keluarga Berencana, kontrasepsi mantap (kontap).

- c. Mengakhiri kesuburan atau tidak ingin hamil lagi. Saat usia istri diatas 30 tahun dianjurkan untuk mengakhiri kesuburan setelah mempunyai 2 anak.

Ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan yaitu :

- 1) Reversibilitas rendah
- 2) Efektivitas sangat tinggi
- 3) Dapat di pakai jangka panjang
- 4) Tidak menambah kelainan yang sudah ada.

Kontrasepsi yang sesuai misalnya : kontrasepsi mantap (tubektomi/vasektomi), susuk Keluarga Berencana (KB), Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), suntik, pil, dan cara sederhana (K Sukarni, 2013:366).

2. Cara kerja kontrasepsi

Cara kerja kontrasepsi adalah sebagai berikut :

- a. Mengusahakan agar tidak terjadi ovulasi.
- b. Melumpuhkan sel sperma.
- c. Menghalangi pertemuan sel telur dengan sperma.

Pembagian Cara Kerja Kontrasepsi

Pada umumnya cara atau metode kontrasepsi dapat dibagi menjadi sebagai berikut.

- a. Metode sederhana
 - 1) Tanpa alat atau tanpa obat, misalnya senggama terputus, dan pantang berkala.
 - 2) Dengan alat atau dengan obat, misalnya kondom, diafragma, *cup*, *cream*, *jelly*/cairan berbusa, dan tablet berbusa (vagina tablet). (Kumalasari, 2015:277).
- b. Metode efektif
 - 1) Susuk Keluarga Berencana (KB)/implan Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK).
 - 2) Suntikan Keluarga Berencana (KB)
 - 3) Pil Keluarga Berencana (KB)
- c. Metode kontab dengan cara operasi (kontrasepsi mantap)
 - 1) Tubektomi (pada wanita)
 - 2) Vasektomi (pada pria) (Kumalasari, 2015:277).

3. Macam-Macam Alat Kontrasepsi

a. Alat kontrasepsi Dalam Rahim

(Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)/Intra-Uterine Device (IUD)) adalah salah satu alat kontrasepsi modern yang telah dirancang sedemikian rupa (baik bentuk, ukuran, bahan, dan masa aktif fungsi kontrasepsinya), diletakkan dalam kavum uteri sebagai usaha kontrasepsi, menghalangi fertilisasi, dan menyulitkan telur berimplantasi dalam uterus (Hidayati, 2012:29).

1) Mekanisme kerja AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)/*Intra Uterine Device* (IUD).

menimbulkan reaksi radang di endometrium, disertai peningkatan produksi prostaglandin dan infiltrasi leukosit. Reaksi ini ditingkatkan oleh tembaga, yang memengaruhi enzim-enzim di endometrium, metabolisme glikogen, dan penyerapan estrogen serta menghambat transportasi sperma. Pada pemakaian AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) yang mengandung tembaga, jumlah spermatozoa yang mencapai saluran genitalia atas berkurang. Perubahan cairan uterus dan tuba mengganggu viabilitas gamet, baik sperma atau ovum yang diambil dari pemakai AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) yang mengandung tembaga memperlihatkan degenerasi mencolok. (Kumalasari, 2015:304)

2) Jenis Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) atau *Intra Uterine Device* (IUD)



Gambar 2.8
Jenis Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Sumber : Kumalasari, 2015.

a) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) Nonhormonal

(1) Menurut bentuknya Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) dibagi menjadi dua, yaitu :

(a) Bentuk terbuka (*open device*). Misalnya Lippes Loop, Cu-T, Cu-7, Marguiles, Spring Coli, Multiload, Nova-T.

(b) Menurut tambahan obat atau metal, yaitu sebagai berikut.

1. *Medicated Intra Uterine Device (IUD)*.

Misalnya Cu-T 200 (daya kerja tiga tahun), Cu-T 220 (daya kerja tiga tahun), Cu-T 300 (daya

kerja tiga tahun), Cu-T 380 A (daya kerja delapan tahun), Cu-7, Nova T (daya kerja lima tahun), ML-Cu 375 (daya kerja tiga tahun).

Pada jenis *Medicated Intra Uterine Device (IUD)* angka yang tertera di belakang *Intra Uterine Device (IUD)* menunjukkan luasnya kawat halus tembaga yang ditambahkan, misalnya Cu-T 220 berarti tembaga adalah 220 mm². Cara insersi *withdrawal*.

2. *Unmedicated Intra Uterine Device (IUD)*.

misalnya Lippes Loop, Marguiles, Saf-T Coil, Antigon. Cara insersi Lippes Loop *push out*.

Lippes Loop dapat dibiarkan in-utero untuk selama-lamanya sampai menopause, sepanjang tidak ada keluhan persoalan bagi akseptornya. *Intra Uterine Device (IUD)* yang

banyak dipakai di Indonesia dewasa ini dari jenis *unmedicated* yaitu Lippes Loop dan yang dari jenis *medicated* Cu-T, Cu-7, Multiload, dan Nova-T (Kumalasari, 2015:304).

b) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) yang mengandung hormonal

(1) Progestasert – T = Alza T

Panjang 36 mm, lebar 32 mm, dengan dua lembar benang ekor warna hitam, mengandung 38 mg progesteron dan barium sulfat, melepaskan 65 μ g progesteron setiap hari, tabung insersinya berbentuk lengkung, daya kerja 18 bulan, teknik insersi *plunging (modified withdrawal)*.

(2) LNG 20

Mengandung 46-60 mg Levonorgestrel, dengan pelepasan 20 μ g per hari, angka kegagalan/kehamilan angka terendah yaitu $< 0,5$ per 100 wanita per tahun. Penghentian pemakaian karena persoalan-persoalan perdarahan ternyata lebih tinggi dibandingkan *Intra Uterine Device* (IUD) lainnya, karena 25% mengalami amenorea atau perdarahan haid yang sangat sedikit (Handayani, 2010:87).

3) Kontraindikasi

- a) Kehamilan
- b) Dipastikan
- c) Dicurigai

- d) Kemungkinan (misalnya, seorang wanita melakukan koitus tanpa menggunakan metode kontrasepsi yang valid sejak periode menstruasi normal yang terakhir).
- e) Penyakit inflamasi pelvik (PID)
- f) Riwayat Penyakit inflamasi pelvik (PID) kronis
- g) Adanya Penyakit inflamasi pelvik (PID) akut atau subakut
- h) Riwayat Penyakit inflamasi pelvik (PID) dalam tiga bulan terakhir, termasuk endometritis pasca-melahirkan atau aborsi terinfeksi.
- i) Karsinoma serviks atau uterus (diketahui atau dicurigai).
 - (1) Pap smear yang tidak jelas, abnormal (kelas III, CIN I, atau lebih besar)
 - (2) Perdarahan uteri yang abnormal
- j) Riwayat atau keberadaan penyakit katub jantung (kontraindikasi karena penderita penyakit ini rentan terhadap endokarditis bakterial). Prolaps katub mitral tidak tercakup di sini.
- k) Keberadaan miomata, malformasi kongenital, atau anomali perkembangan yang dapat memengaruhi rongga uterus.
- l) Diketahui atau dicurigai alergi terhadap tembaga atau penyakit Wilson (penyakit genetik diturunkan yang memengaruhi metabolisme tembaga sehingga

mengakibatkan penumpukan tembaga di berbagai organ dalam tubuh).

m) Ukuran uterus dengan alat periksa (sande) berada di luar batas yang ditetapkan pada petunjuk terbaru tentang cara memasukkan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) uterus harus terekam pada kedalaman enam sampai 9 cm pada ParaGard dan Mirena.

n) Resiko tinggi penyakit menular seksual (misalnya pasangan seksual yang berganti-ganti atau pasangan memiliki pasangan seksual yang berganti-ganti).

o) Riwayat kehamilan ektopik atau kondisi yang dapat mempermudah kehamilan ektopik-merupakan kontraindikasi hanya pada penggunaan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) hormonal.

p) Servisi atau vaginitis akut (sampai diagnosis ditegakkan dan berhasil diobati), terutama bila disertai riwayat infeksi klamidia atau gonorea atau vaginosis bakterial pada saat ini atau yang kambuhan. (Varney, 2008 :450)

4) Efek samping dan komplikasi

a) Sinkop vasovagal saat pemasangan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR).

b) Bercak darah dan kram abdomen sesaat setelah pemasangan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR).

- c) Kram, nyeri punggung bagian bawah, atau kedua keadaan tersebut terjadi bersamaan selama beberapa hari setelah pemasangan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR).
- d) Nyeri berat yang berlanjut akibat kram uterus.
- e) Dismenorea, terutama yang terjadi selama satu sampai tiga bulan pertama setelah pemasangan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR).
- f) Perubahan/gangguan menstruasi (menoragi, metroragi, amenorea, oligomenorea).
- g) Perdarahan berat atau berkepanjangan.
- h) Anemia
- i) Benang Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) hilang, terlalu panjang, atau terlalu pendek.
- j) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) tertanam dalam endometrium atau miometrium.
- k) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) terlepas spontan.
- l) Kehamilan, baik Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) masih tertanam dalam endometrium atau setelah Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) lepas spontan tanpa diketahui.
- m) Kehamilan ektopik.
- n) Aborsi sepsis spontan.
- o) Perforasi serviks atau uterus.

- p) Penyakit inflamasi uterus (PID)
- q) Kista ovarium, hanya pada penggunaan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) hormonal.
- r) Bahaya akibat terpajan diatermi medis (gelombang pendek dan gelombang mikro) pada area abdomen, sakrum, atau pelvik. Hanya pada penggunaan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) tembaga. (Varney, 2008 :451)

5) Keuntungan :

- a) Efektif dengan segera
- b) Tidak ada iteraksi obat
- c) Reversible dan sangat efektif
- d) Tidak terkait dengan koitus

6) Kerugian :

- a) Mengalami keterlambatan haid yang disertai tanda-tanda kehamilan : mual, pusing, muntah-muntah.
- b) Terjadi perdarahan yang lebih banyak (lebih hebat) dari haid biasa.
- c) Terdapat tanda-tanda infeksi, semisal keputihan, suhu badan meningkat, menggigil, dan lain sebagainya.

Pendeknya jika ibu merasa tidak sehat.

- d) Sakit, misalnya diperut, pada saat melakukan senggama. Segeralah pergi kedokter jika anda menemukan gejala-gejala di atas. (K Sukarni, 2013 : 374).

7) Prosedur pemasangan AKDR/IUD

a) Persiapkan alat dan bahan

b) Tahap pra-interaksi

(1) Baca catatan medis.

(2) Cuci tangan dan keringkan.

c) Tahap orientasi

(1) Berikan salam.

(2) Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan.

(3) Memastikan klien memang memilih *Intra Uterine Device* (IUD).

(4) Menilai pengetahuan klien tentang efek samping yang umum pada *Intra Uterine Device* (IUD).

(5) Menjelaskan kepada klien tentang apa yang akan dilakukan dan mempersilahkan klien mengajukan pertanyaan.

(6) Sampaikan kepada klien kemungkinan akan merasakan sedikit rasa sakit.

(7) Pastikan klien telah mengosongkan kandung kemihnya.

d) Tahap kerja

(1) Mempersilahkan klien berbaring di tempat tidur serta atur posisi (litotomi).

(2) Meminta klien untuk membuka pakaian bagian bawah.

- (3) Memakai pelindung diri (*scort* dan sarung tangan steril).
- (4) Membersihkan vagina dan vulva dengan kapas sublimat atau cebok dan air DTT.
- (5) Periksa genetalia ekstremitas untuk memeriksa adanya ulkus, pembengkakan kelenjar getah bening (bubo), pembengkakan kelenjar bartolini dan kelenjar skene.
- (6) Lakukan pemeriksaan spekulum untuk memeriksa adanya cairan vagina, servitis, dan pemeriksaan mikroskopis jika diperlukan.
- (7) Lakukan pemeriksaan panggul untuk menentukan besar, posisi uterus, konsistensi, dan mobilitas uterus. Untuk memeriksa adanya nyeri goyang serviks dan tumor pada adneksa atau pada kavum douglasi.
- (8) Melepaskan spekulum dan sarung tangan serta rendam dengan larutan klorin.
- (9) Buka kemasan AKDR/IUD, lipat kedua bagian sisi yang terbuka.
- (10) Keluarkan pendorong dari kemasan dan masukkan ke dalam tabung inserter, dorong hati-hati hingga menyentuh ujung batang AKDR.
- (11) Masukkan lengan AKDR/IUD di dalam kemasan sterilnya.

- (12) Memakai sarung tangan baru dan steril.
- (13) Memasang duk steril.
- (14) Memasukkan spekulum dan usap vagina serta serviks dengan larutan antiseptik 2-3 kali.
- (15) Gunakan tenakulum untuk menjepit serviks pada posisi jam sepuluh atau jam dua.
- (16) Memasukkan sonde uterus untuk menentukan posisi uterus dan kedalaman kavum uteri.
- (17) Pasang AKDR/IUD.
- (18) Atur letak leher biru pada tabung inserter sesuai dengan kedalaman kavum uteri.
- (19) Pegang tabung AKDR dengan leher biru dalam posisi horizontal (sejajar lengan AKDR).
- (20) Lakukan tarikan hati-hati pada tenakulum, masukkan tabung inserter ke dalam uterus sampai leher biru menyentuh serviks atau sampai terasa adanya tahanan.
- (21) Lepaskan lengan AKDR/IUD dengan menggunakan teknik menarik (*withdrawal technique*) keluar pendorong. Pergunakan tenakulum untuk menahan saat melepas lengan AKDR/IUD.
- (22) Setelah lengan AKDR lepas, dorong secara perlahan-lahan tabung inserter ke dalam kavum uteri

sampai leher biru menyentuh serviks. Pastikan AKDR/IUD telah terpasang sampai di fundus.

(23) Tarik keluar sebagian tabung inserter, kemudian dorong benang AKDR/IUD kira-kira 3-4 cm panjangnya. Pastikan sisa benang AKDR yang telah terpotong masih berada di dalam tabung inserter untuk memudahkan pembuangannya.

(24) Buang bahan-bahan habis pakai (kapas/kasa) yang terkontaminasi darah atau cairan vagina ke dalam kantung plastik yang tidak bocor sebelum melepas sarung tangan.

(25) Lakukan dekontaminasi alat-alat dan sarung tangan dengan segera setelah dipakai. Rendam alat-alat dan sarung tangan dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit sebelum dicuci dan didisinfeksi.

(26) Ajarkan ibu bagaimana cara memeriksa benang AKDR/IUD dengan menggunakan model jika tersedia.

(27) Mendiskusikan apa yang harus dilakukan jika ibu mengalami efek samping.

(28) Memita ibu untuk menunggu diklinik selama 15-30 menit setelah pemasangan AKDR/IUD.

e) Tahapan terminasi

(1) Evaluasi keadaan klien.

- (2) Simpulkan hasil kegiatan.
- (3) Lakukan kontrak untuk lanjutnya.
- (4) Akhiri kegiatan.
- (5) Cuci tangan dan keringkan.

f) Dokumentasi

Catat hasil pemasangan AKDR/IUD dalam catatan keperawatan. (Kumalasari, 2015: 312).

8) Prosedur pelepasan AKDR/IUD

Tindakan Pra Pencabutan

- a) Pastikan klien sudah mengosongkan kandung kencingnya dan mencuci kemaluannya menggunakan sabun.
- b) Bantu klien ke meja pemeriksaan.
- c) Cuci tangan dengan air sabun, keringkan dengan kain bersih.
- d) Pakai sarung tangan baru yang telah di DTT.
- e) Atur peralatan dan bahan-bahan yang akan dipakai dalam wadah steril atau DTT.

Tindakan Pencabutan

- a) Lakukan pemeriksaan bimanual:
 - (1) Pastikan gerakan serviks bebas;
 - (2) Tentukan besar dan posisi uterus;
 - (3) Pastikan tidak ada infeksi atau tumor pada adneksa.
- b) Pasang speculum vagina untuk melihat serviks.

- c) Usap vagina dan serviks dengan larutan antiseptic 2 sampai 3 kali.
- d) Jepit benang yang dekat dengan klem.
- e) Tarik keluar benang dengan mantap tetapi hati-hati untuk mengeluarkan AKDR.
- f) Tunjukkan AKDR tersebut pada klien, kemudian rendam dalam larutan klorin 0,5%.
- g) Keluarkan speculum dengan hati-hati.

Tindakan Pasca Pencabutan

- a) Rendam semua peralatan yang sudah dipakai dalam klorin 0,5% selama 10 menit untuk dekontaminasi.
- b) Buang bahan-bahan yang sudah tidak dipakai lagi (kasa, sarung tangan sekali pakai) ke tempat yang sudah disediakan.
- c) Celupkan kedua tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan 0,5% kemudian lepaskan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam klorin.
- d) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- e) Amati selama 5 menit sebelum memperbolehkan klien pulang.
- f) Diskusikan apa yang harus dilakukan bila klien mengalami masalah (seperti perdarahan yang lama atau rasa nyeri pada perut/ panggul).

- g) Buat rekam medis tentang pencabutan AKDR.

(Tahir, dkk. 2015:8-9)

b. Implant

1) Profil

- a) Efektif 5 tahun untuk Norplant, 3 tahun untuk jadena, indoplant, atau implanon
- b) Nyaman
- c) Dapat dipakai oleh semua ibu dalam semua usia reproduksi
- d) Pemasangan dan pencabutan perlu pelatihan
- e) Kesuburan segera kembali setelah implant dicabut
- f) Efek samping utama berupa perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak, dan amenorea
- g) Aman dipakai pada masa laktasi (Dewi, 2013:189-190).

2) Cara kerja kontrasepsi implant

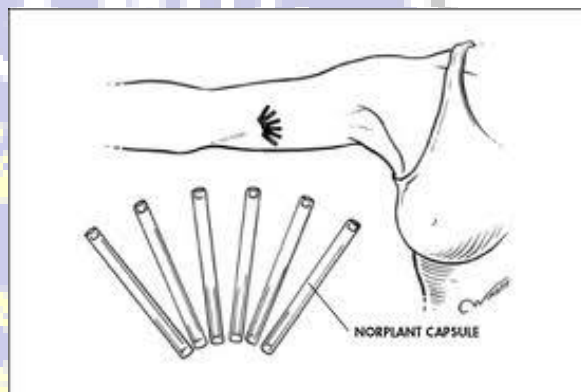
- a) Mengentalkan lendir serviks dan jumlahnya sedikit, sehingga menghambat pergerakan/ transportasi sperma.
- b) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi sekalipun telah terjadi fertilisasi antara sperma dan ovum
- c) Mengurangi transportasi sperma.

Perubhan lendir serviks menjadi lebih kental dan sedikit, sehingga menghambat pergerakan sperma.

d) Menekan ovulasi.

Levonogrestrel menyebabkan supresi terhadap lonjakan *Luteinizing Hormone* (LH), baik dalam hipotalamus maupun hipifisis yang penting untuk ovulasi (Hidayati, 2009).

Implant dan tempat pemasangan implant



Gambar 2.9

Implant dan tempat pemasangan implant

Sumber : kumalasari, 2015.

3) Jenis-jenis kontrasepsi Implan

a) *Norplant*

Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm dan diameter 2,4 mm yang berisi 36 mg Levonorgestrel dan lama kerjanya 5 tahun.

b) *Implanon*

Terdiri dari 1 batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm dan diameter 2 mm yang berisi 68 mg 3 ketodesogestrel dan lama kerjanya 3 tahun.

c) *Jadena dan indoplant*

Terdiri atas dua batang yang berisi dengan 75 mg levonogrestrel dengan lama kerja tiga tahun.

(Dewi, 2013 190).

d) *Uniplant*

Terdiri atas satu batang putih silastik dengan panjang 4 cm, yang mengandung 38 mg nomegestrol asetat dengan kecepatan pelepasan sebesar 100 μ g per hari dan lama kerja satu tahun.

e) *Capronor*

Terdiri atas satu kapsul *biodegradable*. *Biodegradable* implan melepaskan progestin dari bahan pembawa/pengangkut yang secara perlahan-lahan larut dalam jaringan tubuh. Kapsul ini mengandung levonogrestrel dan terdiri atas polimer E-kaprolakton.

Mempunyai diameter 0,24 cm, terdiri atas dua ukuran dengan panjang 2,5 cm mengandung 16 mg levonogrestrel, dan kapsul dengan panjang 4 cm yang mengandung 26 mg levonogrestrel. Lama kerja 12-18 bulan. Kecepatan

pelepasan levonogrestrel dari kaprolakton adalah sepuluh kali lebih cepat dibandingkan slastik (Kumalasari, 2015:279).

4) Keuntungan

- a) Daya guna tinggi
- b) Perlindungan jangka panjang (sampai lima tahun)
- c) Pengembalian kesuburan yang cepat.
- d) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam.
- e) Bebas dari pengaruh estrogen.
- f) Tidak mengganggu kegiatan senggama.
- g) Tidak mengganggu Air Susu Ibu (ASI).
- h) Pasien hanya kembali ke klinik apabila ada keluhan.
- i) Dapat dicabut setiap saat.
- j) Mengurangi jumlah darah menstruasi; terjadi penurunan dalam jumlah rata-rata darah menstruasi yang hilang.
- k) Mengurangi/memperbaiki anemia (Hidayati, 2009:79).

5) Kerugian

- a) Nyeri kepala.
- b) Peningkatan berat badan.
- c) Jerawat.
- d) Perubahan perasaan (mood) atau kegelisahan (nervousness).
- e) Membutuhkan tindak pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan.

- f) Tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menurut seksual termasuk AIDS.
- g) Klien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi.
- h) Efektivitas menurun bila menggunakan obat-obat tuberkulosis (rifampisin) atau obat epilepsi (fenitoin dan barbiturat).
- i) Insiden kehamilan ektopik sedikit lebih tinggi (Kumalasari, 2015:281).

6) Indikasi

- a) Pemakaian Keluarga Berencana (KB) yang jangka waktu lama.
- b) Masih berkeinginan punya anak lagi, tapi jarak antara kelahirannya tidak terlalu dekat.
- c) Tidak dapat memakai jenis Keluarga Berencana (KB) yang lain (K Sukarni, 2013 : 386).

7) Kontra indikasi

- a) Hamil atau di duga hamil, perdarahan vagina tanpa sebab.
- b) Wanita dalam usia reproduktif.
- c) Telah atau belum memiliki anak.
- d) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang (3 tahun untuk jadena).
- e) Menyusui dan memutuhkan kontrasepsi.

- f) Pasca persalinan dan tidak menyusui.
 - g) Pasca keguguran.
 - h) Tidak menginginkan anak lagi, tetapi menolak kontrasepsi mantap.
 - i) Riwayat kehamilan ektopik.
 - j) Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bula sabit (sickle cell).
 - k) Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen.
 - l) Sering lupa menggunakan pil.
 - m) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya.
 - n) Benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
 - o) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi.
 - p) Miom uterus dan kanker payudara.
 - q) Gangguan toleransi glukosa (K Sukarni, 2013 : 387).
- 8) Prosedur pemasangan implant
- a) Persiapkan alat dan perlengkapan
 - b) Tahap pra-interaksi
 - (1) Baca catatan medis klien.
 - (2) Siapkan alat-alat secara ergonomis, periksa kelengkapan alat dan letakkan pada tempat yang mudah dijangkau.
 - (3) Cuci tangan.

c) Tahap orientasi

(1) Beri salam.

(2) Beri penjelasan pada klien atas tindakan yang akan dilakukan.

(a) Memberikan informed consent pada klien tentang tindakan yang akan dilakukan serta mempersiapkan klien untuk pemasangan implan.

(b) Anjurkan ibu untuk mencuci lengan dengan sabun dan air.

(c) Kemudian naik ke atas tempat tidur.

d) Tahap kerja

(1) Persilahkan ibu berbaring dan lengan diletakkan pada samping meja atau tempat tidur. Lengan harus dapat digerakkan lurus atau bengkok untuk memudahkan pemasangan.

(2) Pasang pengalas di atas lengan yang akan dipasang implan (biasanya pada lengan kiri kecuali untuk akseptor yang kidal).

(3) Tentukan tempat pemasangan 8 cm di atas lipatan siku.

Gunakan pola template dan spidol untuk membuat pola tempat pemasangan implan.

(4) Cuci tangan kembali.

(5) Masukkan lidokain ke dalam spuit dan simpan dalam bak instrumen.

(6) Pakai sarung tangan steril.

(a) Gunakan *handscoon* sebelah kanan dengan cara yang benar jangan sampai robek atau menyentuh bagian luar *handscoon*.

(b) Pasang *handscoon* sebelah kiri.

(7) Usap tempat pemasangan implan dengan larutan antiseptik dan pasang duk berlubang steril.

(a) Mulai mengusap dari tempat yang akan dilakukan insisi ke arah luar dengan gerakan melingkar, sekitar 8-13 cm dan biarkan kering.

(b) Pasang duk steril.

(8) Anestesi tempat insisi dengan lidokain 1%. Menyuntikkan anestesi tepat di bawah kulit sepanjang jalur tempat pemasangan.

(9) Buat insisi pada lengan. Buat insisi dangkal selebar 2 mm hanya untuk menembus kulit.

(10) Tusukkan troker dan pendorongnya.

(a) Memasukkan troker dengan ujung mengarah ke atas tepat dibawah kulit sampai dengan tanda satu.

(b) Jangan dengan paksaan. Jika terdapat tahanan, coba dari sudut lainnya.

(11) Angkat troker ke atas. Masukkan troker sepanjang jalur tempat pemasangan (sesuai dengan pola) sambil kulit diangkat sehingga penempatan kapsul tepat di bawah kulit (batas masuknya troker sampai dengan tanda satu).

(12) Tarik pendorong keluar dan masukkan kapsul implan.

(a) Jika kapsul diambil dengan tangan, pastikan sarung tangan tersebut bebas dari bedak atau partikel lain. Jika perlu gunakan klem penjepit.

(b) Kapsul yang tersentuh kapas atau bahan lain akan menjadi lebih reaktif (lebih sering menyebabkan perlekatan atau jaringan parut, karena partikel kapas menempel pada kapsul silastik).

(13) Masukkan kembali pendorong dan dorong kapsul. Jangan mendorong kapsul dengan paksa.

(14) Tahan pendorong dan menarik troker keluar sampai di batas ujung dua.

(15) Fiksasi kapsul pertama dengan jari telunjuk. Raba ujung kapsul dengan jari, untuk memastikan kapsul sudah keluar seluruhnya dari trokar. Kapsul harus bebas dari trokar untuk menghindari terpotongnya kapsul saat trokat digerakkan untuk memasang kapsul berikutnya.

(16) Pindahkan trokar dengan cara memutar ujung trokar tanpa mencabut trokar untuk memasukkan implan berikutnya.

(a) Geser trokar sekitar 15° untuk memasang kapsul berikutnya.

(b) Pastikan kapsul pertama bebas.

(17) Lanjutkan pemasangan implan sampai seluruh implan terpasang. Posisi kapsul implan seperti kipas.

(18) Keluarkan trokar setelah kedua kapsul terpasang. Tekan tempat insisi dengan jari selama satu menit untuk menghentikan perdarahan dan bersihkan tempat pemasangan dengan kapas antiseptik

(19) Tutup luka insisi. Temukan tepi kedua insisi dan gunakan plester dan tutup dengan kasa steril pastikan tidak ada perdarahan.

(20) Periksa 15-20 menit apakah ada perdarahan, tutup dengan pembalut.

(21) Rapikan ibu dan rendam peralatan ke dalam larutan klorin 0,5%. Rendam selama 10 menit untuk dekontaminasi alat sebelum dicuci.

e) Tahap terminasi

(1) Evaluasi klien.

(2) Simpulkan hasil kegiatan.

- (3) Lakukan kontrak selanjutnya.
- (4) Akhiri kegiatan dan bersihkan alat-alat.
- (5) Cuci tangan

f) Dokumentasi

Temui klien kembali dan lakukan pendokumentasian. Beritahu rencana selanjutnya dengan jelas dan lengkap serta melakukan pendokumentasian. (Kumalasari, 2015: 284).

9) Prosedur pelepasan implan

a) Persiapan alat

b) Tahap prainteraksi

- (1) Baca catatan keperawatan.
- (2) Siapkan alat-alat dan privasi klien.
- (3) Cuci tangan.

c) Tahap orientasi

- (1) Beri salam.
- (2) Jelaskan prosedur dan tindakan yang akan dilakukan.
- (3) Anjurkan klien untuk mencuci seluruh lengannya dengan sabun dan air yang mengalir serta membilasnya.

Pastikan tidak terdapat sisa sabun.

d) Tahap kerja

- (1) Persilakan klien berbaring di tempat tidur.
- (2) Pasang duk steril untuk menutupi lengan.

- (3) Raba lokasi yang akan diinsisi.
- (4) Lakukan anestesi lokal pada daerah yang akan diinsisi ($\pm 0,5\%$).
- (5) Lakukan insisi melintang 4 mm di ujung bawah kapsul (0,5 mm) dengan skalpel.
- (6) Cabut kapsul yang mudah teraba dari luar dengan menggunakan klem.
- (7) Dorong kapsul ke arah insisi dengan jari tangan sampai ujung kapsul tampak.
- (8) Masukkan klem melalui ujung luka insisi, jepitkan megarah ke kulit, teruskan sampai berada di bawah ujung kapsul dekat siku. Buka dan tutup jepitan klem untuk memotong secara tumpul jaringan parut yang mengelilingi ujung kapsul.
- (9) Cabut kapsul satu per satu sampai selesai.
- (10) Jika sulit dikeluarkan, buka jaringan ikat yang mengelilingi kapsul dengan menggosok-gosok kasa steril untuk memudahkan pencabutan kapsul, kemudian sayat dengan skalpel secara hati-hati untuk mencegah terpotongnya kapsul
- (11) Jepit kapsul yang sudah terpapar dengan menggunakan klem sampai dengan kapsul terangkat semua.

- (12) Observasi perdarahan dan berikan obat analgetik.
- (13) Tutup bekas luka insisi dengan plester dan kasa steril.

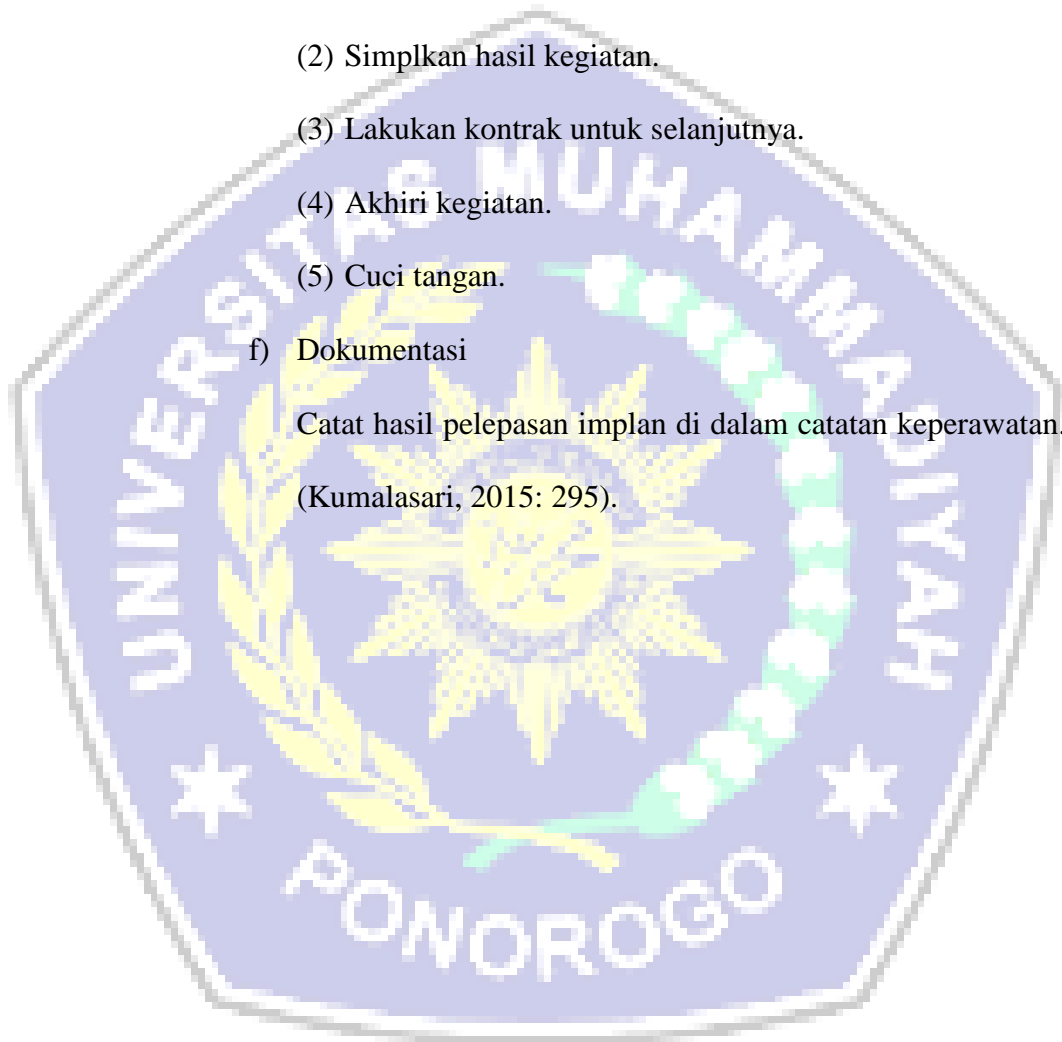
e) Tahap terminasi

- (1) Evaluasi klien.
- (2) Simplkan hasil kegiatan.
- (3) Lakukan kontrak untuk selanjutnya.
- (4) Akhiri kegiatan.
- (5) Cuci tangan.

f) Dokumentasi

Catat hasil pelepasan implan di dalam catatan keperawatan.

(Kumalasari, 2015: 295).



c. Metode Amenore Laktasi (MAL)

Metode Amenore Laktasi (MAL) merupakan alat kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI).



Gambar 2.10
Metode Amenore Laktasi (MAL)

Sumber : Hidayati, 2012.

Metode Amenore Laktasi (MAL) dapat dijadikan sebagai alat kontrasepsi bila memenuhi syarat berikut.

- 1) Menyusui secara penuh (*full breast feeding*).
- 2) Belum menstruasi.
- 3) Usia bayi kurang dari 6 bulan.
- 4) Metode ini bisa efektif sampai 6 bulan.

5) Harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya (Hidayati, 2012:2).

Ibu yang sedang menyusui tidak akan mengalami ovulasi untuk 4-24 minggu setelah melahirkan, sedangkan ibu-ibu yang tidak menyusui dapat mengalami ovulasi lebih dini, yaitu 1-2 bulan setelah melahirkan.

1) Cara kerja

Dengan intensitas dan frekuensi yang cukup, kadar prolaktin akan tetap tinggi. Hormon prolaktin yang merangsang produksi Air Susu Ibu (ASI) juga mengurangi kadar hormon LH yang diperlukan untuk memelihara dan melangsungkan siklus menstruasi.

Kadar prolaktin yang tinggi menyebabkan ovarium menjadi kurang sensitif terhadap perangsangan gonadotropin yang memang sudah rendah, dengan akibat timbulnya inaktivasi ovarium, kadar estrogen yang rendah dan an-ovulasi. Dan pada saat aktivitas ovarium mulai pulih kembali, kadar prolaktin yang tinggi menyebabkan fase luteal yang singkat dan fertilitas menurun. Jadi, intinya cara kerja Metode Amenore Laktasi (MAL) ini adalah dengan penundaan atau penekanan ovulasi (Hidayati, 2012:4).

2) Keuntungan

- a) Efektifitas tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pascapersalinan).
- b) Segera efektif.
- c) Tidak mengganggu senggama.
- d) Tidak ada efek samping secara sistemik.
- e) Tidak perlu pengawasan medis.
- f) Tidak perlu obat atau alat.
- g) Tanpa biaya (Hidayati, 2012:5).

3) Keterbatasan

- a) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pascapersalinan.
- b) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial.
- c) Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya menstruasi atau sampai dengan 6 bulan.
- d) Tidak melindungi terhadap infeksi menular seksual (IMS) termasuk HbV dan HIV.

4) Indikasi penggunaan Metode Amenore Laktasi (MAL)

- a) Ibu yang menyusui secara eksklusif dan bayinya berusia kurang dari 6 bulan.
- b) Belum mendapat menstruasi setelah melahirkan.

c) Kita dapat mendorong ibu untuk memilih metode lain dengan tetap menganjurkannya untuk melanjutkan Air Susu Ibu (ASI), saat terjadi keadaan-keadaan seperti :

- (1) bayi mulai diberikan makanan pendamping secara teratur(menggantikan satu kali menyusui)
- (2) menstruasi sudah mulai kembali;
- (3) bayi sudah tidak terlalu sering menyusui (*on demand*);
- (4) bayi sudah berusia 6 bulan atau lebih.

5) Kontraindikasi penggunaan Metode Amenore Laktasi (MAL)

- a) sudah mendapat menstruasi setelah perslinan.
 - b) Tidak menyusui secara eksklusif.
 - c) Bayi sudah berumur lebih dari 6 bulan.
 - d) Bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam
- (Hidayati, 2012:6).

d. Metode kalender

1) Pengertian

Menghitung masa subur dengan siklus haid dan melakukan pantang berkala atau lebih dikenal dengan sistem kalender merupakan salah satu cara atau metode kontrasepsi alami dan sederhana yang dapat dikerjakan sendiri oleh pasangan suami istri dengan cara tidak melakukan senggama pada masa subur.

2) Mekanisme kerja

Menggunakan 3 patokan yaitu ovulasi terjadi 14 hari sebelum haid yang akan datang, sperma dapat hidup dan membuahi selama 48 jam setelah ejakulasi dan ovum hidup 24 jam setelah ovulasi. Jadi jika konsepsi ingin dicegah, koitus harus dihindari sekurang-kurangnya selama 3 hari yaitu 48 jam sebelum ovulasi dan 24 jam sesudah ovulasi.

3) Teknik metode kalender

Haid hari pertama dihitung sebagai ke 1. Masa subur adalah hari ke 12 hingga hari ke 16 dalam siklus haid.

Seorang wanita menentukan masa suburnya tidak teratur dengan :

- a) Mengurangi 18 hari dari siklus haid terpendek, untuk menentukan awal masa suburnya.
- b) Mengurangi 11 hari dari siklus haid terpanjang, untuk menentukan akhir dari masa suburnya (Dewi, 2013:163).

4) Keuntungan

- a) Dapat di gunakan oleh setiap wanita.
- b) Tidak membutuhkan alat/pemeriksaan khusus.
- c) Tidak mengganggu saat hubungan seksual.
- d) Menghindari resiko kesehatan yang berkaitan dengan kontrasepsi.
- e) Tidak memerlukan biaya.

f) Tidak memerlukan tempat pelayanan.

5) Keterbatasan

c) Memerlukan kerja sama yang baik antar suami istri.

d) Harus ada motivasi dan disiplin pasangn dalam menjelaskannya.

e) Pasutri tidak melakukan hubungan seksual setiap saat,

f) Pasutri harus tau masa subur dan masa tidak subur.

g) Harus mengamati siklus menstruasi minimal 6 kali.

h) Menstruasi yang tidak subur menjadi terhambat.

i) Lebih efektif bila dikombinasi dengan metode kotrasepsi (Dewi, 2013:163).

e. Koitus interruptus (senggama terputus)

Prinsip dari metode ini adalah mengeluarkan penis (kelamin pria) menjelang ejakulasi sehingga spermatozoa di tumpahkan diluar liang senggama. Metode ini kurang efektif karena sering terjadi kelambatan menarik penis. Terdapat ejakulasi ringan sehingga spermatozoa sudah keluar dan dapat menimbulkan kehamilan. Kepuasan dalam hubungan seksual tidak normal dan menimbulkan tekanan kejiwaan. Tingkat kehamilan tinggi 17-25%.

(K Sukarni, 2013:368).

Kontrasepsi alamiah (KBA) dengan alat adalah :



Gambar 2.11
Kontrasepsi alamiah (KBA) dengan alat

Sumber : K Sukarni, 2013.

f. Kondom

Kondom merupakan alat kontrasepsi yang bisa melindungi pemakainya dari penyakit menular seksual (misalnya AIDS) dan dapat mencegah perubahan *prekanker* tertentu pada sel-sel leher rahim. Ada kondom yang ujungnya memiliki penampung semen, jika tidak ada penampung semen, sebaiknya kondom disisakan sekitar 1 cm di depan penis. Kondom harus dilepaskan secara perlahan karena jika semen tumpah maka sperma bisa masuk ke vagina sehingga terjadi kehamilan. (K Sukarni, 2013:369).

Kontrasepsi hormonal

g. Pil

Ada beragam pil kontrasepsi Pil kombinasi

1) Pil kombinasi

(combined oral contraceptive, COC) berisi hormone estrogen dan progesteron. Pil ini mencegah kehamilan dengan cara :

- a) Menghambat ovulasi.
- b) Membuat endometrium tidak mendukung untuk implantasi.
- c) Membuat serviks tidak dapat ditembus oleh sperma.

pil kombinasi 99% efektif mencegah kehamilan. Namun, pada pemakaian yang kurang seksama efektivitasnya masih mencapai 93%.

a) Kerugian

- (1) Perlu diminum secara teratur, secara cermat, dan konsisten.
- (2) Tidak ada perlindungan terhadap penyakit menular seksual (PMS) dan HIV.
- (3) Peningkatan resiko gangguan seksual seperti hipertensi, penyakit arteri dan tromboembolisme vena.
- (4) Peningkatan resiko adenoma hati, ikterus kolestasis, batu ginjal.

(5) Efek COC pada kanker payudara

(6) Tidak cocok untuk perokok berusia diatas 35 tahun.

b) Keuntungan

(1) Dapat diandalkan dan reversible.

(2) Meredakan dismenorea dan menoragi.

(3) Mengurangi resiko anemia.

(4) Mengurangi resiko penyakit payudara jinak.

(5) Meredakan gejala prematuritas

(6) Kehamilan ektopik lebih sedikit.

(7) Penurunan kista ovarium.

(8) Penyakit radang paggul lebih sedikit.

(9) Melindungi terhadap kanker endometrium dan ovarium.

2) Pil mini

a) Keuntungan mini pil

(1) Dapat diberikan pada wanita yang menderita keadaan tromboembolik.

(2) Dapat diberikan pada wanita yang sedang menyusui.

(3) Cocok dengan wanita dengan keluhan efek samping yang disebabkan oleh estrogen (sakit kepala, hipertensi, nyeri tungkai bawah, BB bertambah dan mual).

b) Kerugian Mini pil

- (1) Mini pil kurang efektif dalam mencegah kehamilan dibandingkan pil kombinasi.
- (2) Karena tidak mengandung estrogen, mini pil menambah insidens dari perdarahan bercak (spotting), perdarahan menyerupai haid, (breakthrough bleeding), variasi dalam panjang siklus haid, kadang-kadang amenorhe.
- (3) Mini pil seperti *Intra Uterine Device* (IUD) yaitu kurang efektif dalam mencegah kehamilan ektopik dibandingkan dengan mencegah kehamilan intrauterine.
- (4) Lupa minum 1 atau 2 tablet mini pil, atau kegagalan dalam absorpsi mini pil oleh sebab muntah atau diare, sudah cukup untuk meniadakan proteksi kontraseptifnya.

c) Mekanisme kerja mini pil

- (1) Mencegah terjadinya ovulasi dari beberapa siklus.
- (2) Perubahan dalam motilitas tuba.
- (3) Perubahan dalam fungsi corpus luteum.
- (4) Perubahan lender serviks, yang mengganggu motilitas atau daya hidup spermatozoa.

(5) Perubahan dalam endometrium sehingga implantasi ovum yang telah di buahi tidak mungkin terjadi. (K Sukarni, 2013:375).

h. Suntik

Seperti pil yang hanya berisi progesterone (POP), kontrasepsi suntik mencegah kehamilan dengan berbagai cara. Kontrasepsi ini menyebabkan lendir serviks mengental sehingga menghentikan daya tembus sperma , mengurangi endometrium menjadi tidak cocok untuk implantasi, dan mengurangi fungsi dari tuba falopi. Namun fungsi utama dari kontrasepsi suntik dalam mencegah kehamilan adalah menekan ovulasi.

Efektifitas kontrasepsi suntik adalah antara 99%, dan 100% dalam mencegah kehamilan. Kontrasepsi suntik adalah bentuk kontrasepsi yang sangat efektif karena angka kegagalan penggunaannya lebih kecil.

1) Jenis-jenis suntikan

Ada dua jenis suntikan yaitu Depoprovera dan Noristerat

a) Depoprovera

Depoprovera bisa disingkat dengan DMPA berisi depo medroksiprogesteron asetat dan di berikan dalam suntikan tunggal 150 mg secara intramuscular setiap 12 minggu. DMPA saat ini tersedia dalam spuit yang sebelumnya telah

diisi dan di anjurkan untuk di berikan tidak lebih dari 12 minggu dan 5 hari setelah suntikan terakhir

b) Noristerat

Noristerat (NETEN) merupakan sebuah progestin yang berasal dari testosterone dibuat dalam larutan minyak. Larutan minyak tidak mempunyai ukuran partikel yang tetap dengan akibat pelepasan obat dari tempat suntikan kedalam sirkulasi darah dapat sangat bervariasi, NETEN ini lebih cepat dimetabolisir dan kembalinya kesuburan lebih cepat dibandingkan dengan DMPA.

2) Kerugian kontasepsi suntik

- a) Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak atau amenorhe
- b) Keterlambatan kembali subur sampai satu tahun
- c) Depresi
- d) Berat badan meningkat
- e) Galaktore
- f) Setelah diberikan tidak dapat ditarik kembali
- g) Dapat berkaitan dengan osteoporosis pada pemakaian jangka panjang
- h) Efek suntikan pada kanker payudara

3) Keuntungan kontrasepsi suntik

- a) Efektifitas tinggi

- b) Bertahan sampai 8-12 minggu
 - c) Penurunan dismenorea yang menyebabkan anemia berkurang.
 - d) Penurunan gejala pramenstruasi
 - e) Penyakit radang panggul berkurang
 - f) Kemungkinan penurunan endometriosis karena pengentalan lendir serviks
 - g) Efektivitas tidak berkurang karena diare, muntah, atau penggunaan antibiotik.
- 4) Kontraindikasi suntikan
- a) Kehamilan
 - b) Karsinoma payudara
 - c) Karsinoma traktus genitalia
 - d) Perdarahan abnormal uterus
- 5) Efek samping
- a) Gangguan haid
 - b) Berat badan bertambah
 - c) Sakit kepala
 - d) Pada sistem kardiovaskuler
 - e) Efeknya sangat sedikit, mungkin ada sedikit peningkatan dari kadar insulin dan penurunan HDL-kolesterol (K Sukarni, 2013:379).

Kontap (Kontrasepsi Mantap)

i. Tubektomi

Tindakan pembedahan yaitu memotong tuba fallopi/tuba uterine yang mengakibatkan orang atau pasangan yang bersangkutan tidak akan memperoleh keturunan lagi dan bersifat permanen.

1) Metode kontrasepsi permanen yang hanya diperuntukkan bagi mereka yang memang tidak ingin atau boleh memiliki anak (karena alasan kesehatan). (K Sukarni, 2013:379).

2) Tujuan Tubektomi

4 macam sterilisasi berdasarkan tujuannya:

- a) Sterilisasi hukuman (compulsary sterilization).
- b) Sterilisasi eugenik, yaitu untuk mencegah berkembangnya kelainan mental secara turun temurun.
- c) Sterilisasi medis, yaitu dilakukan berdasarkan indikasi medis demi keselamatan wanita tersebut karena kehamilan berikutnya dapat membahayakan jiwa.
- d) Sterilisasi sukarela, yaitu yang bertujuan ganda dari sudut kesehatan, sosial ekonomi, dan kependudukan.

3) Cara melakukan tubektomi

a) Dengan memotong saluran telur (tubektomi):

Ada beberapa cara melakukan teknik tubektomi/sterilisasi, yaitu :

(1) Cara Pemoeroy

Cari tuba lalu angkat pada pertengahannya sampai membentuk lengkungan. Bagian yang berada di bawah klem, diikat dengan benang yang dapat diserap oleh jaringan. Lakukan pemotongan (tubektomi) pada bagian atas ikatan, setelah luka sembuh dan benang ikatan diserap, kedua ujung tuba akan berpisah satu dan lainnya.

(2) Cara Kroener

Cari tuba lalu ikat pada fimbria dengan klem, buatlah dua ikatan, lakukan fimbriektomi pada ujung yang tidak diikat.

(3) Cara Medlener

Cari tuba, angkat pada pertengahannya dan klem. Bagian bawah klem, diikat dengan benang yang mudah diserap oleh jaringan, kemudian klem dilepas dan dibiarkan tanpa dilakukan pemotongan.

(4) Cara Aldridge

Buat insisi kecil pada peritonium, buka sedikit dengan klem tangkap fimbria, lalu tanamkan kedalam atau dibawah ligamentum. Luka dijahit dengan beberapa jahitan.

(5) Cara Uchida

Tuba dicari dan dikait keluar , kemudian disekitar ampula tuba disuntikkan larutan salin-adrenalin. Didaerah ini dilakukan isisi kecil, tuba diikat kemudian dipotong (tubektomi).

(6) Cara Irving

Tuba diikat pada dua tempat dengan benang yang dapat diserap, lalu dilakukan tubektomi diantara kedua ikatan. Dibuat insisi kecil kedalam miometrium pada sudut tuba fundus uteri. Ujung sebelah proksimal dibenamkan kedalam insisi miometrium tadi. Ujung bagian distal boleh pula dibenamkan ke ligamentum latum.

4) Indikasi

a) Indikasi medis umum

b) Apabila adanya gangguan fisik atau psikis yang akan menjadi lebih berat bila wanita ini hamil lagi.

(1) Gangguan fisik : tuberculosis, penyakit jantung, penyakit ginjal, kanker payudara, dan sebagainya.

(2) Gangguan psikis : skizofrenia, dan sebagainya.

c) Indikasi medis obstetrik

Yaitu toksemia gravidarum yang berulang, sesio sesaria berulang, abortus yang berulang dan sebagainya.

d) Indikasi medis ginekologik

Yaitu disaat melakukan operasi ginekologik dapat pula dipertimbangkan untuk sekaligus melakukan sterilisasi.

e) Indikasi sosial-ekonomi

Yaitu indikasi berdasarkan banyaknya anak dengan sosial-ekonomi yang rendah.

5) Kontraindikasi

- a) Hamil
- b) Perdarahan vaginal yang belum terjelaskan.
- c) Infeksi sistemik atau pelvik yang akut.
- d) Tidak boleh melakukan proses pembedahan.
- e) Kurang pasti mengenai keinginan untuk fertilisas di masa depan.
- f) Ibu dalam keadaan menstruasi dengan usia reproduksi.
- g) Belum memberikan persetujuan tertulis.

6) Kelebihan

- a) Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan).
- b) Tidak mempengaruhi proses menyusui.
- c) Tidak bergantung pada faktor senggama, baik bagi klien yang apabila kehamilan akan menjadi faktor resiko kesehatan yang serius.

- d) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anastesi lokal.
- e) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang.
- f) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormon ovarium).
- g) Berkurangnya resiko kenker ovarium.

7) Kerugian

- a) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali).
- b) Klien dapat menyesal di kemudian hari.
- c) Risiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anastesi umum).
- d) Rasa sakit/ ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan.
- e) Dilakukan oleh dokter yang telah (dibutuhkan dokter spesialis ginekologi atau dokter spesialis bedah untuk proses laparoskopi).
- f) Tidak melindungi diri dari (Penyakit Menular Seksual) PMS , termasuk HIV/AIDS.

j. Vasektomi

Vasektomi merupakan suatu metode kontrasepsi operatif minor pada pria yang sangat aman sederhana dan sangat efektif, memakan waktu operasi yang singkat dan tidak memerlukan

anestesi umum. Tatpi diseluruh dunia, kontrasepsi pria masih merupakan metode yang terbaik dan kurang mendapat perhatian, baik dari pihak pria/suami/maupun petugas medis keluarga berencana. Di masa lalu, hal tersebut disalahkan pada sikap pihak pria/suami yaitu :

- 1) Pria lebih tertarik untuk menunjukkan kenjintannannya dari pada ikut bertanggung jawab dalam perencanaan keluarganya.
- 2) Pria takut bahwa tidak kontap pria akan melukai kehidupan seksnya.
- 3) Menyamakan tindakan kontap pria dengan pengebirian (kastrasi). Disamping itu, sebab-sebab lain yang mungkin menyebabkan kontap pria kurang mendapat minat yaitu :
 - a) Tersedianya metode kontrasepsi baru
 - b) Prosedur-prosedur yang membuat kontap wanita menjadi lebih aman dan lebih mudah dikerjakan dibandingkan sebelumnya.
 - c) Minat yang kurang dari petugas Keluarga Berencana (KB), yang umumnya terlatih dalam bidang kesehatan ibu dan anak.
 - d) Angka perceraian yang meningkat.
 - e) Dasar dari vasektomi

Okulasi Vasdiferen, sehingga menghambat perjalanan spermatozoa dan tidak didapatkan spermatozoa di dalam

semen/ejakulasi (tidak ada penghantar spermatozoa dari testis ke penis).

f) Keuntungan kontap pria

- (a) Efektif
- (b) Aman, morbiditas rendah dan hampir tidak ada mortalitas.
- (c) Sedrhana
- (d) Cepat, hanya memerlukan waktu 5-10 menit.
- (e) Menyenangkan bagi akseptor karena memerlukan anestesi lokal saja.
- (f) Biaya rendah
- (g) Secara kultural, sangat di anjurkan di negara-negara di mana wanita merasa malu untuk ditangani oleh dokter pria atau kurang tersedia dokter wanita dan paramedic wanita.

g) Kerugian Vasektomi

- (a) Diperlukan tindakan operatif
- (b) Kadang-kadang menyebabkan komplikasi seperti perdarahan atau infeksi

- (c) Kontap-pria belum memberikan perlindungan total sampai semua spermatozoa, yang sudah ada di dalam sistem reproduksi distal dari tempat okulasi vasdiferens, dikeluarkan.

(d) Problem psikologis yang berhubungan dengan perilaku seksual mungkin bertambah parah setelah tindakan operatif yang menyangkut sistem reproduksi pria.

h) Kontra indikasi vasektomi

- (a) Infeksi kulit lokal, misalnya scabies.
- (b) Infeksi traktus genitalia.
- (c) Kelainan skrotum dan sekitarnya
- (d) Penyakit sistemik misalnya penyakit-penyakit perdarahan, Diabetes Melitus (DM).
- (e) Riwayat perkawinan, psikologis atau seksual yang tidak stabil (K Sukarni, 2013:388).



2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

Asuhan kehamilan mengikuti langkah-langkah manajemen kebidanan sebagai berikut :

1. Pengkajian

a. Data Subjektif

1) Biodata

a) Nama suami dan istri

Agar dalam melakukan komunikasi dengan pasien keluarga dapat terjalin komunikasi dengan baik (Manuaba, 2010: 27)

a) Umur

Dalam kurun waktu reproduksi yang sehat, dikenal jika usia yang aman untuk kehamilan dan persalian adalah pada usia 20-30 tahun (Romauli, 2011 : 231). Banyak penyulit terjadi pada kehamilan dini, keadaan ini di sebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun perkembangan dan pertumbuhan janin (Manuaba, 2010 : 27).

b) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2010 : 132)

c) Pendidikan

Ditanyakan untuk mengetahui tingkat intelektualnya tingkat pendidikan mempengaruhi sikap perilaku kesehatan seseorang.

Penelitian menunjukkan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin baik pula pengetahuannya tentang sesuatu. Pada ibu hamil dengan pendidikan rendah, kadang ketika tidak mendapat informasi yang cukup mengenai kesehatannya maka ia tidak tahu mengenai bagaimana cara melakukan perawatan kehamilan yang baik (Romauli, 2011 : 232)

d) Pekerjaan

Ditanyakan untuk mengetahui pengaruh pekerjaan terhadap permasalahan kesehatan pasien.

Menurut Manuaba (2010: 117-120) pekerjaan rutin (pekerjaan rumah tangga) dapat dilaksanakan. Bekerja sesuai kemampuan, dan makin dikurangi dengan semakin tua kehamilan.

Wanita karir yang hamil berhak untuk mendapat cuti hamil selama 3 bulan, di ambil 1 bulan sebelum persalinan dan 2 bulan setelah persalinan.

e) Alamat

Ditanyakan untuk maksud mempermudah hubungan atau informasi bila diperlukan. Bila keadaan mendesak, dengan diketahuinya alamat tersebut bidan dapat mengetahui tempat tinggal pasien atau klien dan lingkungannya. (Romauli, 2011: 163).

Selain itu juga untuk memudahkan saat pertolongan persalinan dan untuk mengetahui jarak rumah dengan tempat rujukan (Septiana, 2014).

1) Keluhan utama

Ditanyakan untuk mengetahui perihal yang mendorong pasien datang kepada bidan. Apakah penderita datang untuk memeriksakan kehamilannya atautkah ada pengaduan-pengaduan lain yang penting (manajemen Kebidanan). (Manuaba, 2010 : 103)

Sedangkan keluhan-keluhan yang sering di jumpai pada Trimester III menurut Varney, *et.al* (2007: 540-543) yaitu:

a) Edema Dependen

Edema dependen pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah. Gangguan sirkulasi ini disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri dan pada vena cava inferior saat telentang.

b) Nokturia

Terjadi peningkatan frekuensi berkemih. Aliran balik vena dari ekstremitas difasilitasi saat wanita sedang berbaring pada posisi lateral rukemben karena uterus tidak lagi menekan pembuluh darah panggul dan vena cava inferior.

c) Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Pergeseran dan tekanan yang terjadi pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi juga dapat menyebabkan konstipasi.

d) Sesak nafas

Uterus telah mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan.

e) Nyeri ulu hati

Relaksasi sfingter jantung pada lambung akibat pengaruh yang ditimbulkan peningkatan jumlah progesteron, penurunan motilitas gastrointestinal yang terjadi akibat relaksasi otot halus yang kemungkinan disebabkan peningkatan jumlah progesteron dan tekanan uterus, dan tidak ada ruang fungsional untuk lambung akibat perubahan tempat dan penekanan oleh uterus yang membesar.

f) Kram tungkai

Uterus yang membesar memberi tekanan pada pembuluh darah panggul, sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf, sementara saraf melewati foramen obturator dalam perjalanan menuju ekstremitas bagian bawah.

g) Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosakral. Nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi dan terjadi perubahan yang disebabkan karena berat uterus yang semakin membesar.

2) Riwayat Kebidanan

a) Haid

Menurut Moctar (2012), wanita harus mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir (HPHT) supaya dapat ditafsir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP), yang dihitung dengan menggunakan rumus Naegle :

$TTP = (\text{hari HT} + 7) \text{ dan } (\text{bulan HT} - 3) \text{ dan } (\text{tahun HT} + 1)$ untuk siklus 28 hari + x hari.

Menurut Manuaba (2010 : 218) umumnya menarche terjadi pada usia 13-16 tahun, teratur atau tidak setiap bulannya (umumnya interval 28-30 hari), lama menstruasi biasanya 4-7 hari, konsistensi darah menstruasi encer, berwarna hitam, bau amis, mengalami dismenorea sebelum menstruasi, kemudian tanggal Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT).

b) Kehamilan yang lalu

Jumlah dan hasil akhir dari semua kehamilan dan komplikasinya, termasuk infeksi dan perdarahan harus diperoleh. Perawatan harus diberikan untuk meyakinkan bahwa faktor risiko seperti berat badan lahir rendah, lahir prematur, dan melahirkan sebelum waktunya dapat teridentifikasi (Wals, 2007 : 246). Diabetes pada kehamilan yang terdiagnosis pada kehamilan pertama biasanya akan berulang pada kehamilan berikutnya (Varney, 2007 : 105).

c) Persalinan yang lalu

Pada setiap persalinan terdapat 5 faktor (5P) yang harus diperhatikan yaitu Passage (jalan lahir), Passenger (janin), Power (tenaga ibu/his/kontraksi), Psikis ibu dan Penolong (Mochtar, 2012 : 61). Bila pada persalinan yang terdahulu mengalami persalinan spontan, bayi hidup dan aterm, hal ini menunjukkan koordinasi 5P berjalan baik (Manuaba, 2010 : 218).

Menurut Marmi (2011 : 67), informasi esensial tentang persalinan yaitu mengenai usia gestasi, tipe persalinan (spontan, forsep, ekstrasi

vakum, atau bedah sesar), penolong persalinan, lama persalinan (lebih baik dihitung dari kontrasepsi pertama), erat lahir, jenis kelainan dan komplikasi yang lain.

d) Nifas yang lalu

Masa nifas yang terdahulu tidak ada penyakit seperti perdarahan post partum dan infeksi nifas. Maka diharapkan masa nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usus anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea yang normal. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea stasis, infeksi uterus, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Dan ibu menyusui kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan Air Susu Ibu (ASI) sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2010 : 219).

e) Keluarga Berencana (KB)

Menurut Saifuddin (2008 : 197) kontrasepsi pasca persalinan yang tidak berpengaruh terhadap produksi ASI yaitu MAL (Metode Ameorea Laktasi), senggama terputus, kondom, kontrasepsi pil progestin (mini pil), implan, dan AKDR (IUD).

pada umumnya klien pasca salin ingin menunda kehamilan berikutnya paling sedikit 2 tahun. Konseling tenta Keluarga Berencana (KB) atau metode kontrasepsi sebaiknya diberikan sewaktu asuhan antenatal maupun pasca persalinan.

Menurut Saifuddin (2010), pemakaian IUD dimana proses peradangan dapat timbul pada endometrium dan endosamping dapat menyebabkan terjadinya kehamilan ektopik. Pada akseptor pil KB yang hanya mengandung progesteron dapat mengakibatkan gerakan tuba melambat. Apabila terjadi pembuahan dapat menyebabkan terjadinya kehamilan ektopik.

3) Riwayat Kesehatan

a) Penyakit yang pernah diderita (yang terdahulu)

Wanita yang mempunyai riwayat kesehatan yang buruk atau wanita dengan komplikasi kehamilan sebelumnya, membutuhkan perawatan yang lebih tinggi pada saat kehamilan karena hal ini akan dapat memperberat kehamilan jika ada penyakit yang telah diderita oleh ibu sebelum hamil. Penyakit yang diderita oleh ibu dapat mempengaruhi proses kehamilannya. Sebagai

contoh penyakit yang akan mempengaruhi dan dapat dipicu dengan adanya kehamilan adalah hipertensi, penyakit jantung, diabetes melitus, anemia serta penyakit menular seksual (Marmi, 2014: 108-109).

b) Penyakit yang pernah diderita (Sekarang)

(1) Diabetes militus tergantung insulin (IDDM)

Wanita muda dengan diabetes tipe I secara umum terlihat dengan keluhan jelas poliuria, termasuk keinginan untuk berkemih terus menerus selama malam hari, meningkatnya rasa haus, lapar dengan penurunan berat badan yang berhubungan, dan kelelahan atau keletihan. Sedangkan diabetes tipe II mengalami keluhan yang hampir sama dengan diabetes tipe II seperti rasa haus, sering berkemih, dan kelelahan, tetapi yang lebih tampak yaitu adanya infeksi jamur vagina berulang, gatal, infeksi kulit, pengelihan kabur, atau bahkan mengalami neuropati ferifer. Wanita dengan riwayat janin besar dan kehilangan janin yang tidak dapat dijelaskan sebabnya

dipertimbangkan berada pada keadaan beresiko (Varney, 2008 :140).

(2) Hipertensi

Hipertensi dalam kehamilan dikaitkan dengan morbiditas atau mortalitas janin/neonatus serta maternal. Komplikasi yang berkaitan dengan preeklamsia berat meliputi gangguan plasenta, gagal ginjal akut, abrusio retina, gagal janin, hemoragi serebral, IUGR, serta kematian maternal atau janin. (Walsh, 2012:416).

(3) Sifilis

Sifilis mudah ditularkan dalam janin melalui plasenta. Sifilis yang tidak dilakukan pengobatan dikaitkan oleh aborsi spontan, kematian janin intrauterin, kematian neonatus, dan sifilis kongenita. Lebih dari 80% ibu hamil dengan sifilis yang tidak diobati mengalami mortalitas atau pun morbiditas (Walsh, 2012:438).

(4) Gonorea

Gonorea dapat menyebabkan vulvovaginitis dalam kehamilan dengan

mengalami keluhan fluor albus serta disuria (Saifuddin, 2008:407).

(5) Hepatitis B

Penularan HBV dari ibu ke bayi baru lahir terjadi 10% sampai 85%. Resiko penularan pada bayi dikaitkan dengan status antigen Hbe ibu. Ibu yang seropositif untuk baik HbsAG dan HbeAF mengalami resiko tinggi penularan ke neonatus (Walsh, 2012:433).

(6) Infeksi ginjal dan saluran kemih

Pengaruh infeksi ginjal dan saluran kemih terhadap kehamilan terjadi karena demam yang tinggi serta menyebabkan terjadi kontraksi otot rahim sehingga dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas serta memudahkan infeksi pada neonatus. Pada kehamilan dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga makin meningkatkan infeksi menjadi lebih parah atau dapat menjadi sepsis yang menyebabkan kematian ibu dan janin (Manuaba, 2012:345).

(7) Infeksi virus herpes simpleks

Infeksi ini terjadi pada masa kehamilan tidak menembus plasenta dan menimbulkan gangguan

pada plasenta dan mengakibatkan abortus serta missed abortion atau prematuritas sampai lahir dan mati (Manuaba, 2012:344).

(8) Infeksi TORCH

Infeksi TORCH meliputi toksoplasmaosis, rubella, sitomegalovirus, serta herpes simpleks yang dapat menimbulkan kelainan kongenital dalam bentuk yang hampir sama diantaranya adalah mikrosefalus, ketulian, kebutaan, abortus, prematuritas serta pertumbuhan janin terhambat (Manuaba, 2012:340).

(9) Penyakit jantung

Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas pada wanita yang menderita penyakit jantung pada proses kehamilan, persalinan dan nifas, perlu memerlukan konseling prakonsepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pada klien yang mengalami kelainan penyakit jantung derajat 3 atau 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih memakai kontrasepsi AKDR, Tubektomi, atau Vasektomi pada pasangannya (Saifuddin, 2014:275).

(10) Gangguan hematologi

Ibu yang mengalami sel sabit (SS), penyakit Hb C-sel sabit (SC), dan talasemia sel sabit B (talasemia S-B) berkelanjutan ke kondisi yang berkaitan dengan peningkatan mortalitas dan morbiditas pada maternal serta perinatal. Selain itu, ibu yang mengalami sel sabit (AS) mengalami peningkatan morbiditas karena ISK dan anemia defisiensi folat zat besi yang menyertai (Walsh, 2014: 414).

(11) HIV/AIDS

Pada masa kehamilan dapat memperberat kondisi klinik wanita dengan infeksi HIV. Transmisi vertikal virus AIDS dari ibu ke dalam janinya terjadi melalui perantara plasenta. Pengobatan yang dapat dilakukan pada ibu penderita HIV dan penyakit oportunistiknya dalam kehamilan merupakan masalah, karena banyak obat belum diketahui dampak buruknya terhadap kehamilannya (Wiknjosastro, 2007: 556-557).

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Salah satu penyakit yang dialami adalah Diabetes, meskipun tidak diturunkan secara genetik, tetapi memiliki kecenderungan terjadi pada anggota keluarga yang lain, terutama jika mereka hamil atau obesitas. Hipertensi juga memiliki posisi familia, dan kehamilan kembar juga memiliki insiden yang lebih tinggi pada keluarga tertentu. Beberapa kondisi, seperti anemia sel sabit, lebih banyak terjadi pada ras tertentu (Fraser dan Cooper, 2009:254).

hamilan ganda dipengaruhi salah satunya oleh faktor genetik atau keturunan (Saifuddin, 2007:311).

4) Pola kebiasaan sehari-hari

(1) Nutrisi

Nutrisi adalah salah satu perhatian yang paling utama dalam perawatan prenatal. Wanita hamil memerlukan aspek-aspek kebutuhan nutrisi seperti jumlah kebutuhan kalori, protein, zat besi, asam folat, serta kebutuhan vitamin C (Varney, 2007:546).

Menurut Saifuddin (2010: 286) nutrisi yang diperlukan pada masa kehamilan adalah :

(a) Kalori

Jumlah kebutuhan kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat mengakibatkan obesitas dan hal ini merupakan salah satu faktor predisposisi untuk terjadinya preeklamsia. Jumlah pertambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama masa kehamilan.

(b) Protein

Jumlah kebutuhan protein yang dibutuhkan oleh seorang ibu hamil yaitu 85 gram per hari. Sumber protein tersebut diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan terjadinya kelahiran prematur, anemia serta odema.

(c) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil yang diperlukan adalah 1,5 gram per hari. Kebutuhan kalsium dibutuhkan untuk membantu

pertumbuhan janin, terutama pada perkembangan otak dan rangka. Sumber kalsium dapat diperoleh dari susu, keju, yogurt, serta kalsium bikarbonat. Defisiensi kalsium dapat menyebabkan riketsia pada bayi atau pun osteomalsia pada ibu.

(d) Zat besi

Pemberian zat besi pada ibu hamil dimulai dengan memberikan satu tablet perhari. Satu tablet mengandung FeSO_4 320 mg (zat besi 60 mg) serta asam folat 500 μg , ibu hamil harus mengkonsumsi minimal 90 tablet zat besi (Fe). Tablet zat besi sebaiknya tidak diminum bersamaan dengan teh atau pun kopi, karena akan mengakibatkan kurang maksimalnya penyerapan di dalam tubuh. Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan cukupnya oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin di dalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga hemoglobin agar tetap normal, di butuhkan asupan zat besi untuk ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah

Trimester kedua. Sumber zat besi terdapat di dalam sayuran hijau, daging yang berwarna merah serta kacang-kacangan. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia.

(e) Asam folat

Selain kebutuhan zat besi, sel darah merah juga memerlukan asam folat untuk membantu pematangan sel. Jumlah kebutuhan asam folat yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 400 mg perhari. Sumber makanan yang banyak mengandung asam folat diantaranya adalah produk sereal dan biji-bijian misalnya roti, nasi dan pasta. Kekurangan asam folat pada ibu hamil dapat mengakibatkan anemia megaloblastik pada ibu hamil.

(2) Pola Eliminasi

(a) Buang Air Kecil (BAK)

Meningkatnya frekuensi berkemih pada kehamilan Trimester III paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah lightening. Hal tersebut menyebabkan bagian presentasi (terendah) pada janin akan menurun masuk

kedalam panggul dan menimbulkan tekanan pada kandung kemih ibu (Marmi, 2014:134).

(b) Buang Air Besar (BAB)

Konstipasi di akibatkan oleh penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan hormon progesteron. Konstipasi juga terjadi akibat efek samping mengkonsumsi zat besi, hal ini akan memperberat masalah pada wanita hamil (Marmi, 2014:137).

(3) Pola Istirahat

Istirahat yang dibutuhkan oleh wanita hamil kurang lebih adalah 6-8 jam/hari, termasuk dalam tidur siang maupun tidur pada saat malam hari. Posisi tidur yang baik yaitu dengan tidur melingkar atau lurus pada salah satu sisi tubuh. Lebih dipilih kiri, dengan salah satu kaki menyilang di atas yang lainnya dan dengan bantal diapit di antara kedua kaki (Manuaba, 2010).

(4) Pola Aktivitas

Senam hamil bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat berfungsi secara optimal dalam persalinan

normal. Senam hamil dapat dilakukan pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu. Salah satu aktivitas yang dapat dianggap sebagai senam hamil yaitu berjalan-jalan saat hamil terutama pada pagi hari (Manuaba, 2011:132-135). Tidak dianjurkan melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan menghindari kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebih (Saifuddin, 2014:287).

(5) Personal Hygiene

(a) Perawatan payudara

Payudara dipersiapkan untuk memberikan laktasi, dengan pakaian dalam (bra) yang longgar, puting susu diperhatikan agar tetap bersih, puting susu perlu ditarik-tarik sampai menonjol dan memudahkan untuk memberikan Air Susu Ibu (ASI) (Manuaba, 2010:121)

(b) Perawatan gigi

Paling tidak dibutuhkan dua kali pemeriksaan gigi selama masa kehamilan, yaitu pada Trimester pertama terkait dengan hiperemesis dan ptialisme (produksi liur yang berlebih) sehingga kebersihan rongga mulut harus selalu di jaga. Selain itu, pada Trimester

ketiga, terkait dengan adanya kebutuhan kalsium untuk pertumbuhan janin sehingga perlu diketahui apakah terdapat pengaruh yang merugikan pada gigi ibu hamil. Dianjurkan untuk selalu menggosok gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan terhadap terjadinya *carries* dan gingivitis (Prawirohardjo, 2014 : 287).

(c) Kebersihan tubuh dan pakaian

Menjaga kebersihan diri terutama pada lipatan kulit (ketika, bawah buah dada, dan daerah genetalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan keringkan (Saifuddin, 2009 : 95). Pakaian untuk wanita hamil yang dianjurkan adalah yang longgar dan terbuat dari katun sehingga mempunyai kemampuan menyerap, terutama pada pakaian dalam (Manuaba, 2010 : 121).

(6) Riwayat Seksual

Hubungan seksual disarankan untuk dihentikan apa bila terdapat tanda infeksi dengan pengeluaran cairan disertai rasa nyeri atau hubungan seksual panas, terjadi perdarahan saat berhubungan

seksual, terdapat pengeluaran cairan (air) yang tiba-tiba, dan hal ini tidak dianjurkan kepada ibu yang sering mengalami keguguran, persalinan sebelum waktunya, bayi mati dalam kandungan sekitar dua minggu sebelum persalinan. (2012:120). Sedangkan menurut Saifuddin (2010: 160), koitus diperbolehkan pada masa kehamilan apabila dilakukan dengan hati-hati. Pada akhir kehamilan jika kepala sudah masuk rongga panggul, koitus sebaiknya tidak dilakukan karena dapat mengakibatkan perasaan sakit dan perdarahan.

(7) Riwayat Ketergantungan

(a) Merokok

Merokok selama masa kehamilan akan mengakibatkan keguguran, perdarahan vaginal, kelainan premature, dan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) atau berat bayi lahir kurang dari 2.500 gram. Jika usia ibu lebih dari 35 tahun akan ada kenaikan dalam resiko bayi menderita malformasi minor. Dengan segala bahaya yang menyertainya, sebanyak 5 kali lipat dari perokok muda (Romauli, 2011:112).

(b) Alkohol

Alkohol adalah teratogen, sedangkan sindrom alkohol janin (Fetal alcohol syndrome [FAS]), digunakan untuk menggambarkan malformasi kongenital yang berhubungan dengan asupan alkohol yang masuk ke dalam tubuh secara berlebih selama hamil.

(c) Obat terlarang

Penggunaan obat seperti ganja, metadon, kanabis, kokain, serta amfetamin jika digunakan secara berlebih pada saat ibu mengalami kehamilan akan mengalami keguguran, persalinan prematur, Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), bayi lahir mati, dan abnormalitas (Fraser dan Cooper, 2009:167).

5) Riwayat Psikososial dan Budaya

(1) Dukungan situasional

Dukungan yang diberikan selama masa kehamilan sangat dibutuhkan bagi wanita hamil, terutama dukungan dari orang-orang terdekat terutama pada ibu yang pertama kali hamil. Seorang wanita akan merasa tenang dan nyaman dengan

adanya dukungan dan perhatian yang lebih dari orang-orang terdekatnya (Marmi, 2011:145).

(2) Latar belakang sosial budaya

Nutrisi adalah kebutuhan yang sangat dibutuhkan ibu hamil untuk perkembangan janinya tetapi di beberapa wilayah di Indonesia ada pantangan terhadap makanan yang berasal dari daging, ikan, telur dan gorengan karena dipercayai akan mengakibatkan kelainan pada janin. Hal ini akan sangat merugikan ibu dan janin yang di kandungnya karena akan membuat pertumbuhan janin tidak optimal dan pemulihan kesehatannya akan lambat. Dengan banyaknya makanan yang harus ibu pantangi, maka akan mengurangi nafsu makannya, sehingga asupan makanan semakin berkurang, dan produksi Air Susu Ibu (ASI) juga akan ikut berkurang (Romauli, 2011:169-170).

(3) Psikososial dan spiritual ibu hamil Trimester III

Masa ini sering di artikan sebagai periode penantian. Ibu hamil tidak sabar untuk menantikan kelahiran bayinya, berjaga dan menunggu adanya tanda dan gejala persalinan, merasa cemas dengan bayi yang akan dilahirkannya dan dirinya sendiri,

merasa canggung, jelek, berantakan sehingga memerlukan dukungan yang besar dan baik dari pasangannya dan keluarga yang lain. Proses duka yang lain adalah ketika mengantisipasi hilangnya perhatian dan hak istimewa selama masa kehamilannya, serta hasrat untuk melakukan hubungan seksual akan hilang seiring dengan membesarnya abdomen (Marmi, 2011:95-96).

b. Data Objektif

Setelah pembahasan mengenai data subjektif, untuk melengkapi data dalam menegakkan diagnosis, maka perlu dilakukan pengkajian data objektif melalui inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi yang dilakukan secara berurutan. Data yang perlu untuk dikaji adalah sebagai berikut:

1) Pemeriksaan Umum

a) Kesadaran

Kesadaran meliputi composmentis/sadar penuh, apatis/acuh tak acuh terhadap keadaan di sekelilingnya, somnolen/kesadaran yang ingin tidur secara terus menerus) (Indriasari, 2012).

b) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

Kenaikan tekanan darah tidak boleh lebih dari 30 mmHg sistolik atau 15 mmHg pada diastolik, di atas dari batasan tersebut ada kemungkinan terjadi preeklamsia ringan (Manuaba, 2012:265).

(2) Suhu

Suhu tubuh normal adalah 36-37,5°C. Apabila suhu tubuh lebih dari 37°C perlu diwaspadai adanya infeksi (Romauli, 2011:173).

(3) Pernafasan

Pernafasan normal adalah 16-24 kali per menit. Frekuensi pernafasan hanya mengalami sedikit perubahan pada saat kehamilan lanjut seperti volume tidal, volume ventilasi permenit, dan pengambilan oksigen per menit akan bertambah secara signifikan (Saifuddin, 2009:185).

(4) Nadi

Denyut nadi pada maternal akan sedikit mengalami peningkatan selama masa kehamilan, tetapi jarang melebihi 100 kali per menit (dpm). Curigai terjadi hipotiroidisme jika denyut nadi lebih dari 100 kali permenit. Periksa adanya eksoftalmia

dan hiperrefleksia yang menyertainya (Marmi, 2011:163).

2) Antropometri

a) Tinggi badan

Tubuh yang berukuran pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah lebih dari 145 cm. Dan ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm termasuk dalam resiko tinggi. (Marmi, 2011:163).

b) Berat badan

Berat badan pada ibu hamil akan mengalami penambahan antara 6,5 kg sampai 15 kg selama masa kehamilannya atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg per minggu (Manuaba, 2010:117). Ibu yang berada pada kategori BMI berada pada rentang obesitas lebih beresiko mengalami komplikasi kehamilan. Komplikasi yang akan terjadi diantaranya adalah diabetes gestasional, hipertensi akibat kehamilan, dan distosia bahu (Saifuddin, 2014:180).

c) Lingkar lengan atas (LILA)

Ukuran minimal LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika Lingkar Lengan

Atas (LILA) kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK). Selain itu adalah indikator kuat status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan bayi yang mengalami Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). Dengan demikian apabila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi ibu untuk lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makanan yang dikonsumsi (Romauli, 2011:173).

3) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Pemeriksaan yang dilakukan adalah ukuran, bentuk, kontur, kesimetrisan, kesimetrisan wajah, lokasi struktur wajah, gerakan involunter, nyeri pada sinus frontal, dan maksil (Varney, *et.al*, 2007 : 35) dan untuk menilai warna, ketebalan serta ada ketombe atau tidak (Alimul, 2008).

b) Muka

Terdapat cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, dan tidak sembab. Bentuk simetris, apabila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011:174). Edema yang terdapat pada muka atau edema pada seluruh tubuh merupakan

salah satu tanda gejala adanya pre eklampsia (Saifuddin, 2010:543).

c) Mata

Konjungtiva berwarna pucat atau kemerahan, sklera berwarna putih atau tidak (Alimul, 2008).

d) Hidung

Pemeriksaan yang dapat dilakukan adalah pernafasan cuping hidung, deformitas atau penyimpangan septum, kesimetrisan, ukuran, letak, termasuk kesimetrisan lipatan nasolabil, rongga hidung terbebas dari sumbatan, perforasi septum nasal. Pemeriksaan nasal dapat dilakukan dengan spekulum (ukuran, tanda-tanda infeksi, edema pada konka nasalis, polip, tonjolan, sumbatan, ulserasi, lesi, titik-titik perdarahan, rabas, dan warna mukosa) (Varney dkk, 2008 : 36).

e) Telinga

Normal tidak tedapat serumen yang berlebihan dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011).

f) Mulut

Dalam masa kehamilan ibu sering mengalami stomatitis dan gingivitis yang mengakibatkan pembuluh

darah mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih. (Romaui, 2011).

g) Gigi

Caries atau keropos yang di alami ibu pada masa kehamilan menandakan ibu kekurangan kalsium. Selain itu caries yang berkaitan dengan emesis atau hiperemesis gravidarum. Kerusakan gigi dapat menjadikan sumber infeksi. (Romaui, 2011).

h) Leher

Normal apabila tidak mengalami pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran limfe, dan tidak mengalami bendungan vena jugularis (Romaui, 2011:174).

i) Dada

Harus mencakup observasi sesak nafas, dangkal, cepat, tidak teratur, mengi, batuk, dispne, dan penurunan bunyi nafas (Marmi, 2011:207).

j) Payudara

Terjadinya hiperpigmentsi pada areola, puting susu bersih, dan menonjol. Sedangkan pada minggu ke-12 kolostrum sudah mulai keluar dari papila mammae. Sedangkan pada ibu multigravida yang telah mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. Wanita

primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan (Romauli, 2011:174).

k) Abdomen

Ukuran pembesaran uterus dapat dikaji dengan cara observasi. Kandung kemih yang penuh, kolon yang terdistensi, atau obesitas, dapat menjadi kesan yang tidak benar mengenai ukuran janin. Kasus yang sering terjadi adalah bentuk uterus lebih panjang ketika janin berada pada posisi longitudinal. Jika janin berada pada posisi transversal, uterus berbentuk melebar dan letaknya lebih rendah. Umbilikus menjadi cekung sejalan dengan perkembangan kehamilan dan cepat sedikit menonjol pada minggu-minggu terakhir. Ketika ibu sedang berdiri, abdomen akan tampak lebih tipis. Otot abdomen yang lemah pada ibu multipara dapat menyebabkan uterus condong ke depan. Linea nigra dapat terlihat sebagai garis berwarna gelap akibat pigmentasi yang terletak memanjang di bagian tengah abdomen di bawah dan terkadang di atas umbilikus.

BSC (Bekas Sectio Caesarea) dapat mengindikasikan adanya obstetrik yang pernah dilakukan ibu sebelumnya (Fraser dan Cooper, 2009:258).

l) Genetalia

Pemeriksaan genetalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskoriasi serta memar. Apabila terdapat lesi kemungkinan adanya sifilis atau herpes (Marmi, 2011).

Sedangkan pada primipara labia mayora bersatu, himen koyak beberapa tempat, vagina sempit dengan rugae utuh, perineum utuh. Pada multipara labia mayora agak terbuka, karunkula himenalis, vagina lebar dengan rugae berkurang dan perineum terdapat luka bekas episiotomi (Manuaba, 2010).

Peningkatan kongesti ditambah relaksasi dinding pembuluh darah serta uterus yang berat dapat menyebabkan timbulnya edema dan varises vulva (Romauli, 2011).

m) Anus

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron juga menyebabkan relaksasi pada dinding vena dan usus besar. Selain itu pembesaran pada uterus juga dapat mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik

juga secara umum pada vena hemoroid (Varney, 2008:539).

n) Ekstremitas

Pada ibu hamil Trimester III sering mengalami edema dependen, hal ini disebabkan oleh kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar pada permeabilitas kapiler, tekanan dari uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena cava inferior ketika posisi berbaring. Edema sering muncul pada muka dan tangan, disertai proteinuria dan hipertensi. Ini perlu diwaspadai adanya gangguan pre eklamsia (Marmi, 2011: 136). Bila reflek patella negatif kemungkinan klien mengalami kekurangan Vitamin B1 (Romauli, 2011: 176).

4) Pemeriksaan Khusus

a) Palpasi

(1) Leopold I

Menentukan tinggi fundus uteri, bagian-bagian janin dan konstensi fundus. Fundus teraba bokong atau tidak keras, melenting dan tidak bulat. Variasi knebel dengan menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus serta dua tangan lain diatas simfisis (Manuaba dkk,

2010:118). Langkah-langkah pemeriksaan Leopold

1 menurut Marmi (2011: 167) adalah :

- (a) Kaki klien dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha.
- (b) Pemeriksa berdiri disebelah kanan klien dan melihat kearah wajah klien
- (c) Rahim dikumpulkan ditengah
- (d) Menentukan tinggi fundus uteri

Tinggi Fundus Uteri (TFU) pada Trimester III yang di tentukan dengan Leopold dapat di jelaskan pada tabel berikut :

Tabel 2.2
Tinggi Fundus Uteri (TFU) berdasarkan Leopold pada Trimester III

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
28 minggu	3 jari diatas pusat
32 minggu	Pertengahan px dan pusat
36 minggu	setinggi px atau 2-3 jari di bawah px
40 minggu	Pertengahan px dan pusat

Sumber : (Jannah, 2012: 84).

Tabel 2.3
Tinggi Fundus Uteri (TFU) berdasarkan palpasi
Leopold dalam cm

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	TFU
12 minggu		1/3 diatas simfisis atau 3 jari di atas simfisis
16 minggu		1/2 simfisis-pusat
20 minggu	20 cm	2/3 di atas simfisis atau 3 jari di bawah pusat
24 minggu	23 cm	Setinggi pusat
28 minggu	26 cm	1/3 diatas pusat atau 3 jari di atas pusat
32 minggu	30 cm	1/2 pusat-processus xipodeus (px)
36 minggu	33 cm	Setinggi processus xipodeus (px)
40 minggu		Dua jari (4cm) di bawah px

Sumber : (Hanni dkk, 2011: 148).

(2) Leopold II

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold II menurut Marmi (2011:167-168) adalah :

- (a) Pindahkan kedua tangan ke samping perut klien
- (b) Menentukan dimana punggung janin. Punggung

janin teraba keras lebar, seperti papan.

Selanjutnya mencari bagian-bagian terkecil janin yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang teraba keras, lebar seperti papan.

- (c) Terkadang bagian yang teraba di samping adalah kepala atau bokong yang menandakan posisi janin melintang.

Variasi Budin : menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan fundus dan tangan yang lain meraba punggung janin.

Variasi Ahfeld : menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri di letakkan tegak di tengah perut klien (Manuaba, 2012:119).

(3) Leopold III

Menentukan bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian terbawah janin sudah

masuk Pintu Atas Panggul (PAP) atau belum (kepala masih bisa digoyangkan) (Manuaba, 2010).

Langkah-langkah yang dapat dilakukan adalah :

- (a) Posisi ibu masih dengan kaki di tekuk dan pemeriksa menghadap ke arah ibu.
- (b) Meletakkan ujung telapak tangan kiri pada dinding lateral kiri bawah, telapak tangan kanan pemeriksa berada di bawah perut ibu.
- (c) Menekan secara lembut dan bergantian untuk menentukan bagian terbawah janin.
- (d) Kemudian goyangkan kepala janin dengan ibu jari pada tangan kanan dan keempat jari lainnya.
- (e) Jika teraba keras dan dapat digoyangkan berarti bagian terendah janin belum masuk Pintu Atas Panggul (PAP), tetapi jika teraba bagian keras dan tidak dapat digoyangkan berarti kepala janin sudah masuk dalam Pintu Atas Panggul (PAP) (Asrinah dkk, 2010).

(4) Leopold IV

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold IV menurut Marmi (2011: 168) adalah :

- (a) Pemeriksa menghadap ke arah kaki klien

(b) Menentukan bagian bawah janin dengan menggunakan kedua tangan

(c) Menentukan bagian terbawah janin sudah masuk dalam Pintu Atas Panggul (PAP) apa belum, jika bagian terbawah janin sudah masuk dalam Pintu Atas panggul (PAP) tentukan seberapa jauh masuk ke dalam rongga panggul.

(d) Leopold IV adalah untuk menentukan berapa jauh masuknya bagian terbawah janin ke dalam rongga panggul. Jika kita rapatkan permukaan pada bagian terbawah dari janin yang masih teraba adalah :

- Konvergen, hanya bagian kecil dari kepala turun ke dalam rongga panggul.
- Jika kedua tangan disejajarkan, maka separuh dari kepala masuk ke dalam rongga panggul.

- Divergen, maka bagian terbesar dari kepala sudah masuk ke dalam rongga panggul dan

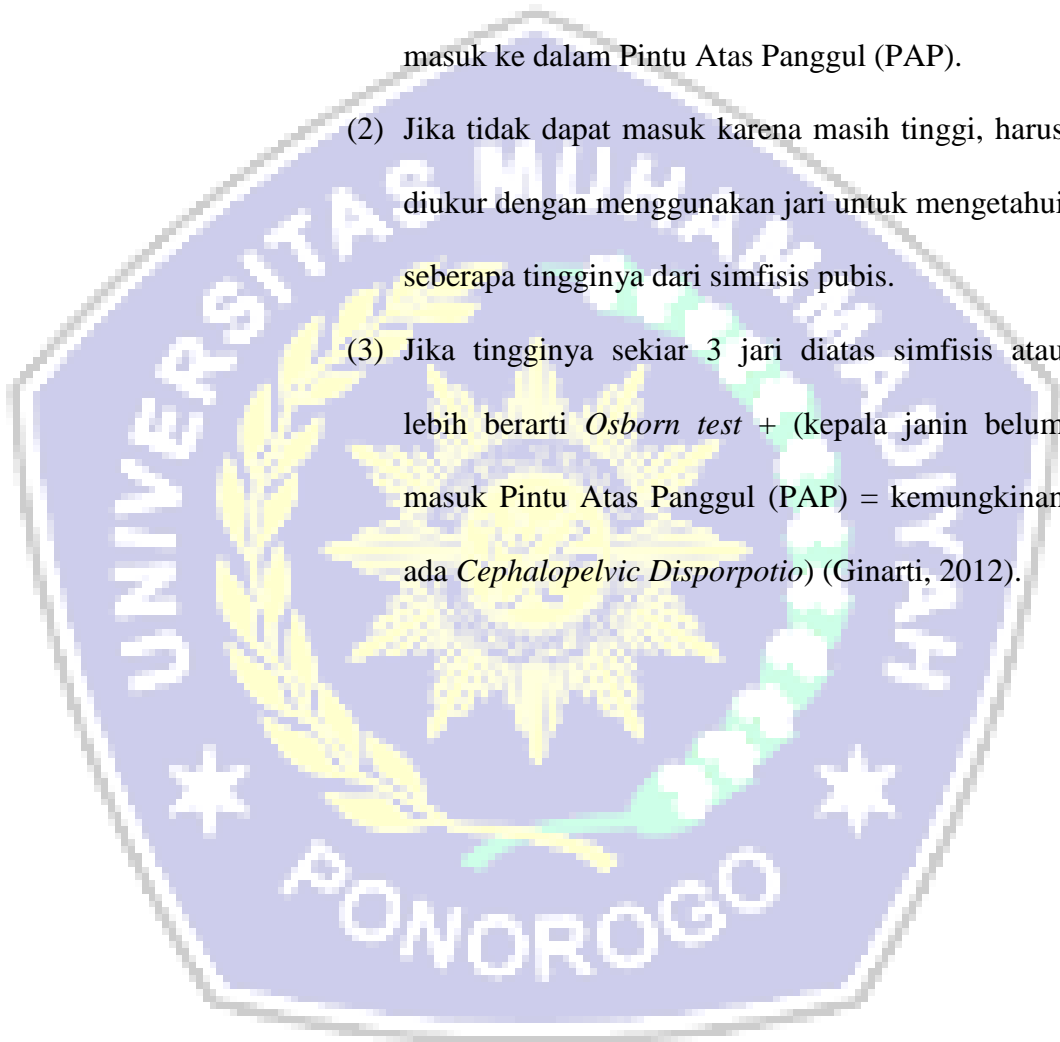
ukuran terbesar dari kepala sudah melewati

Pintu Atas Panggul (PAP).

b) *Osborn Test*

Osborn Test dilakukan bertujuan untuk mengetahui seberapa jauh kepala janin masuk panggul. Dengan cara:

- (1) Penggang kepala janin dan mengupayakan untuk masuk ke dalam Pintu Atas Panggul (PAP).
- (2) Jika tidak dapat masuk karena masih tinggi, harus diukur dengan menggunakan jari untuk mengetahui seberapa tingginya dari simfisis pubis.
- (3) Jika tingginya sekitar 3 jari diatas simfisis atau lebih berarti *Osborn test* + (kepala janin belum masuk Pintu Atas Panggul (PAP) = kemungkinan ada *Cephalopelvic Disporpotio*) (Ginarti, 2012).



Tabel 2.4
Perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan Tinggi Fundus Uteri (TFU) dalam cm

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan petunjuk-petunjuk badan
12 minggu	-	Teraba diatas simfisis pubis
16 minggu	-	Di tengah, antara simfisis pubis dan umbilicus
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	Pada umbilicus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
28 minggu	28 cm (± 2 cm)	Di tengah, antara umbilikus dan prosessus sifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = (± 2 cm)	-
36 minggu	36 (± 2 cm)	Pada prosessus sifoideus

Sumber : (Saifuddin, 2014:93).

c) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Rumus Tafsiran Berat Janin (TBJ) adalah :

Tafsiran Berat Janin (TBJ = (tinggi fundus[dalam cm]-N)) x 155. Apabila belum melewati PAP = 13.

Sedangkan jika kepala berada di bawah spia iskiadika

$N = 12$. Bernilai 11 jika N berada di atas spina iskiadika. (Kumalasari, 2015 : 15).

Tabel 2.5
Tafsiran Berat Janin (TBJ) sesuai kehamilan
Trimester III

Usia kehamilan (bulan)	Berat janin (gram)
7	1.000
8	1.800
9	2.500
10	3.000

Sumber : (Manuaba dkk, 2010: 89).

d) Auskultasi

Denyut Jantung Janin (DJJ) rata-rata sekitar 140x per menit (dpm) dengan variasi normal 20 dpm di atas atau di bawah rata-rata. Normalnya Denyut Jantung Janin (DJJ) adalah 120-160 dpm. (Prawirohardjo, 2014: 222).

Sedangkan menurut Manuaba (2012 : 116) normalnya Denyut Jantung Janin (DJJ) adalah 120-140x per menit. Perhitungan Denyut Jantung Janin (DJJ) dengan menggunakan interval 5 detik, 5 detik pertama dihitung, kemudian berhenti selama 5 detik, di hitung lagi 5 detik kedua, berhenti dan kemudian hitung lagi 5 detik ketiga. Kemudian jumlah dan kalikan 4. (Marmi, 2011: 169).

(1) (11-12-11) dapat dinyatakan jika Denyut Jantung Janin (DJJ) teratur, frekuensi 136x permenit, Denyut Jantung Janin (DJJ) normal.

(2) (10-14-9) dapat dinyatakan jika Denyut Jantung Janin (DJJ) tidak teratur, frekuensi 132x permenit, janin dalam keadaan asfiksia.

(3) (8-7-8) dapat dinyatakan jika Denyut Jantung Janin (DJJ) teratur, frekuensi 92x permenit, janin dalam keadaan asfiksia.

e) Pemeriksaan Panggul

Persalinan dapat berlangsung baik atau lancar tergantung pada luasnya jalan lahir. Hal tersebut ditentukan oleh bentuk dan ukuran panggul. Maka untuk memastikan apakah persalinan dapat berjalan dengan baik atau tidak dapat di liat dengan cara pengukuran panggul. Pemeriksaan panggul dibagi menjadi 2, yaitu :

(1) Pemeriksaan panggul luar

(a) Distansia spinarum, jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (normalnya \pm 23-26 cm).

(b) Distansia cristarum, jarak antara crista iliaca kanan dan kiri (normalnya \pm 26-29 cm).

(c) Conjungata eksterna (*baudeloque*), jarak antara pinggir atas symphysis dan juga prosesus spinosus ruas tulang lumbal keV (normalnya $\pm 18-20$ cm).

(d) Ukuran lingkar panggul dari pinggir atas symphysis ke pertengahan spina iliaca anterior superior dan trochanter major sepina dan kembali melalui tempat yang sama di pihak yang lain. Normalnya sekitar 80-90 cm.

(2) Pemeriksaan panggul dalam

Pemeriksaan panggul dalam pada usia kehamilan sekitar 36 minggu. Pemeriksaan panggul dalam dapat digunakan untuk merasakan kesan mengenai bentuk panggul. Di katakan normal jika promotorium tidak teraba, tidak ada tumor (exostose), linea innominata teraba sebagian, spina ischiadika tidak teraba, os.sacrum mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus $>90^\circ$.

f) Pemeriksaan Penunjang

(1) Pemeriksaan darah

(a) Hemoglobin

Pemeriksaan Hemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat yang

bernama Hb sahli. Ukuran Hemoglobin (Hb) ibu yang di katakan mengalami anemia adalah 11 gr%, anemia ringan 9-10 gr%, anemia sedang 7-8 gr%, anemia berat <7 gr%. (Manuaba, 2012: 239).

(2) Pemeriksaan Golongan Darah

Dilakukan pemeriksaan golongan darah berfungsi untuk mengetahui golongan darah klien, dilakukan pada kunjungan pertama kali pada pemeriksaan kehamilan. Hal ini sebagai persiapan ibu jika mengalami perdarahan selama persalinan, sehingga transfusi darah dapat segera dilakukan (Romauli, 2011).

(3) Pemeriksaan protein urin

Pemeriksaan protein urin di lakukan pada kunjungan pertama dan setiap kali klien melakukan kunjungan ulang pada Trimester III. Caranya adalah jika ada kekeruhan (-). Keruh ringn tanpa butir-butir (+). Kekeruhan mudah terlihat dengan butir-butir (++) . Keruh dan berkeping-keping (+++). Dan keruh di sertai dengan keping-keping atau gumpalan-gumpalan (++++). (Romauli, 2011: 187-188).

(4) Reduksi Urin

Reduksi urin dilakukan untuk mengetahui kadar glukosa dalam urin, dilakukan pada kunjungan pertama. Cara menilai hasil reduksi urin adalah jika berwarna Hijau jernih atau biru (-), Hijau keruh (+), Hijau keruh kekuningan (++), jingga atau kuning keruh (+++), merah kekuningan, keruh atau merah bata (++++)
(Romauli, 2011).

(5) Ultrasonografi (USG)

Penentuan usia kehamilan dapat juga dilakukan dengan menggunakan Ultrasonografi (USG) menggunakan 3 cara, menurut Romauli (2011: 72) :

(a) Dengan mengukur diameter kantung kehamilan (GS = Gestationalsac) untuk kehamilan 0-12 minggu.

(b) Dengan mengukur jarak pada kepala dan bokong (GRI = Crown Rum Length) untuk umur kehamilan 7-14 minggu.

(c) Dengan mengukur diameter biparietal (BPD) untuk kehamilan lebih dari 12 minggu.

(6) Non Stress Test (NST)

Pemeriksaan ini dilakukan bertujuan untuk menilai hubungan gambaran Denyut Jantung Janin (DJJ) dan aktivitas janin. Hal ini dilakukan terhadap frekuensi dasar Denyut Jantung Janin (DJJ). Variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerak janin (Marmi, 2011). Pemeriksaan Denyut Jantung Janin (DJJ) dihubungkan dengan gerak janin. Terjadinya akselerasi menunjukkan kesejahteraan janin optimal intra uteri (Manuaba, 2010).

(7) Kartu Skor Poedji Rochyati (KPSR)

Kartu Skor Poedji Rochyati (KPSR) dilakukan untuk mendeteksi resiko ibu hamil. Kartu Skor Poedji Rochyati (KPSR) terdiri dari Kehamilan Resiko Rendah (KRR) dengan skor 2 ditolon oleh bidan, Kehamilan Resiko Tinggi (KRT) dengan skor 6-10 ditolong oleh bidan atau dokter dan kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor >12 ditolong oleh dokter (Kemenkes RI, 2014).

c. Diagnosa Kebidanan

Menurut Premenkes RI No. 938/Menkes/VIII/2007 bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan data secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

Diagnosa : G1/1PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik, (Manuaba, 2012:123). Dengan masalah yang mungkin timbul antara lain : edema dependen, nukturia, hemoroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang, varises, panas, dan nyeri pada ulu hati (heart burn), serta kecemasan menghadapi persalinan (Varney dkk, 2007:538-543).

d. Perencanaan

1) Menurut Keputusan Menteri kesehatan RI No. 938/Menkes/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan pada diagnosa dan masalah yang ditegakkan. Dengan kriteria perencanaan sebagai berikut :

a) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien : tindakan segera, antisipasi, dan asuhan secara berkesinambungan (komperhensif).

- b) Melibatkan klien/ibu serta keluarga.
- c) Mempertimbangkan kondisi psikologis, sosial budaya ibu maupun keluarga.
- d) Menentukan tindakan yang aman sesuai dengan kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- e) Mempertimbangkan kebijakan serta peraturan yang berlaku pada sumberdaya atau fasilitas yang ada.

Menurut Varney dkk (2007:5538), diagnosa kebidanan antara lain adalah :

(1) Diagnosa kebidanan : G1/1PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2012:123).

Tujuan: ibu dan janin sehat, sejahtera sampai melahirkan.

Kriteria :

- (a) Keadaan umum bik.
- (b) Keadaan composmentis.

(c) Tanda-tanda vital normal (Tekanan Darah: 100/70-130/90 mmHg, Nadi: 76-88x/menit, Suhu: 36,5°C-37,5°C, Respirasi Rate: 16-24x/menit).

(d) Pemeriksaan laboratorium.

(e) Hb lebih dari 11 gr%, protein urine (-), reduksi urine (-).

(f) Denyut Jantung Janin (DJJ) 120-160x/menit, kuat, irama teratur.

(g) Tinggi Fundus Uteri (TFU) sesuai dengan usia kehamilan.

(h) Situs bujur dan presentasi kepala.

Intervensi menurut Varney dkk (2007:554-556) adalah :

(a) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.

R/ Apabila ibu mengerti keadaannya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan.

(1) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin terjadi pada ibu hamil Trimester

III.

R/ ibu dapat menyesuaikan diri dengan keadaan yang dialaminya.

(2) Jelaskan pada ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil diantaranya adalah nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, personal hygiene, aktivitas, hubungan seksual, perawatan payudara, serta senam hamil.

R/ dengan terpenuhinya kebutuhan dasar ibu hamil, maka kehamilan dapat berlangsung dengan baik dan lancar.

(3) Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya pada kehamilan Trimester III.

R/ mengidentifikasi tanda bahaya pada kehamilan, agar klien mengetahui kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan darurat.

(4) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

R/ dengan adanya rencana persalinan agar ibu menerima asuhan yang sesuai dengan tepat waktu (Marmi, 2011: 128).

(5) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

R/ mengidentifikasi kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan kegawatdaruratan.

(6) Pesankan pada ibu untuk kontrol ulang sesuai jadwal atau jika ada keluhan.

R/ memantau keadaan ibu dan janin, serta deteksi dini adanya komplikasi.

(2) Masalah 1 : Edema Dependen

Tujuan : ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis (Edema Dependen)

Kriteria : setelah tidur/ istirahat edema berkurang.

Intervensi menurut Sulistyawati (2011)

(a) Jelaskan penyebab dari edema dependen.

R/ ibu mengerti penyebab dari edema dependen adalah karena tekanan pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena cava inferior ketika berbarig.

(b) Anjurkan ibu untuk tidur miring ke kiri dan kaki agak ditinggikan.

R/ mengurangi penekanan pada vena cava inferior oleh pembesaran uterus yang akan memperberat edema.

(c) Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/ meringankan penekanan pada vena dalam panggul.

- (d) Anjurkan pada ibu untuk menghindari pemakaian baju ketat.

R/ pakaian yang ketat dapat menekan vena sehingga menghambat sirkulasi darah pada ekstremitas bawah.

- (e) Anjurkan pada ibu untuk menggunakan penyokong atau korset.

R/ penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal dapat melonggrakan tekanan pada vena yang ada pada panggul.

(3) Masalah 2 : Nokturia

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami (Nokturia)

Kriteria : Ibu Buang Air Kecil (BAK) 7-8x/ hari terutama siang hari dan tidak terjadi infeksi pada saluran kencing.

Intervensi menurut Saifuddin (2010):

- (a) Jelaskan penyebab terjadinya ibu mengalami sering kencing

R/ ibu mengerti penyebab sering kencing karena tekanan bagian bawah janin pada kandung kemih.

- (b) Anjurkan ibu untuk menghindari mengkonsumsi minuman-minuman bahan diuretik alami seperti kopi, teh, dan softdrink.

R/ karena bahan diuretik akan menambah produksi urine.

- (c) Anjurkan ibu untuk tidak menahan Buang Air Kecil (BAK).

R/ menahan Buang Air Kecil (BAK) akan mengakibatkan terjadinya infeksi pada saluran kemih.

- (d) Anjurkan pada ibu untuk minum 8-10 gelas/hari, diperbanyak minum pada siang hari dan mengurangi minum setelah sore hari, serta anjurkan ibu untuk buang air kecil sebelum tidur pada malam hari.

R/ mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

(4) Masalah 3 : Konstipasi

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi

Kriteria : Buang Air Besar (BAB) lancar dan konsistensi lunak.

Intervensi menurut Hanni (2011:37) adalah:

(a) Anjurkan Ibu meningkatkan intake cairan, banyak mengonsumsi makanan yang tinggi serat seperti sayur dan buah

R / Makanan tinggi serat dapat menjadikan feses tidak terlalu padat atau keras

(b) Anjurkan Ibu untuk banyak minum dingin atau panas (terutama ketika perut kosong)

R/ dengan minum panas atau dingin sehingga dapat merangsang Buang Air Besar (BAB)

(c) Anjurkan Ibu untuk membiasakan BAB secara teratur

R/ Berperan besar dalam menentukan waktu dalam defekasi, dan dapat menghindari pembekuan feses.

(5) Masalah 4 : Hemoroid

Tujuan : Tidak terjadi Hemoroid

Kriteria : 1) BAB Lancar, konsistensi lunak

2) BAB tidak nyeri

Intervensi menurut Eny (2009:35):

(a) Anjurkan Ibu mengonsumsi makanan yang mengandung serat untuk menghindari konstipasi

R/ Makanan berserat menjadikan feses tidak terlalu keras sehingga mempermudah pengeluaran feses .

(b) Anjurkan Ibu untuk menghindari mengejan saat Buang Air Besar (BAB) .

R/ Mengejan terlalu sering akan mengakibatkan terjadinya hemoroid.

(c) Anjurkan Ibu minum air hangat satu gelas setiap bangun tidur pada pagi hari

R/ Minum air hangat akan merangsang peristaltik usus sehingga dapat merangsang pengosongan kolon lebih cepat.

(d) Anjurkan ibu untuk mandi berendam dalam air hangat .

R/ air hangat akan memberikan kenyamanan, tetapi juga meningkatkan sirkulasi darah pada klien.

(6) Masalah 5 : Kram pada kaki

Tujuan : Ibu dapat bertadaptasi dengan keadaan fisiologis (kram tungkai) atau pun tidak terjadi kram tungkai

Kriteria :

- (a) Kram pada kaki berkurang
- (b) Ibu dapat mengatasi kram tungkai atau kram dapat berkurang

Intervensi menurut Bandiyah (2009:101):

- (a) Jelaskan penyebab kram kaki yang dialami klien
R/ Ibu mengerti penyebab kram pada kaki yaitu ketidakseimbangan rasio pada kalsium.

- (b) Anjurkan ibu untuk melakukan senam hamil secara teratur

R/ Senam hamil dapat memperlancar peredaran darah serta suplai O₂ ke jaringan sel terpenuhi .

- (c) Anjurkan Ibuk untuk merendam kaki dengan air hangat disertai dengan melakukan massage.

R/ Agar sirkulasi darah ke jaringan dapat berjalan dengan lancar

- (d) Anjurkan ibu untuk tidak melakukan aktivitas berdiri terlalu lama.

R/ untuk mengurangi penekanan pada kaki sehingga aliran darah dapat berjalan dengan lancar.

- (e) Anjurkan ibu untuk menghindari aktifitas berat serta istirahat yang cukup.

R/ Agar otot-otot dapat berelaksasi sehingga kram dapat berkurang.

- (f) Anjurkan ibu untuk tidak diet kalsium dan fosfor

R/ Mengonsumsi kalsium dan fosfor baik untuk kesehatan.

(7) Masalah 6 : Sesak napas

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan kondisinya dan kebutuhan O₂ pada Ibu terpenuhi.

Kriteria :

- (a) Frekuensi pernafasan 16-24 x/menit

- (b) Ibu menggunakan pernafasan perut.

Intervensi menurut Serri (2013:152):

- (a) Anjurkan ibu untuk melakukan senam hamil secara teratur

R/ Bertujuan untuk merelaksasikan otot-otot.

- (b) Anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi yang nyaman dengan bantal yang tinggi.

R/ Menghindari tekanan pada diafragma

(c) Anjurkan ibu untuk tidak menghirup asap rokok

R/ Agar pernafasan tidak terganggu

(d) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas kerja keras yang berlebih

R/ Aktivitas berat dapat menyebabkan energi yang dikeluarkan banyak serta menambah kebutuhan O_2 .

(8) Masalah 7 : Pusing sehubungan ketegangan otot, stress, perubahan postur tubuh, ketegangan mata dan kelelahan

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaanya.

Kriteria :

(a) Pusing dapat berkurang

(b) Kesadaran komposmetis

(c) Tidak terjadi kehilangan keseimbangan

Intervensi menurut Sunarti (2013:98-100):

(a) Jelaskan pada ibu penyebab pusing yang dialami.

R/ Ibu mengerti penyebab pusing karena hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan- perubahan hemodinamis.

(b) Ajarkan ibu cara bangun perlahan dari posisi tidur.

R/ Agar ibu tidak terjatuh saat bangun dari tidur

(c) Anjurkan ibu untuk tidak berdiri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak.

R/ Kekurangan O₂ karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing pada klien

(d) Jelaskan untuk tidak melakukan posisi terlentang

R/ Agar sirkulasi O₂ ke otak lancar.

(9) Masalah 8 : Nyeri punggung

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami.

Kriteria : Nyeri punggung dapat berkurang

Intervensi menurut eny(2009:35):

(a) Anjurkan ibu menghindari posisi tidur terlentang pada saat punggung terasa nyeri

R/ Agar nyeri yang dialami klien dapat berkurang

(b) Anjurkan ibu untuk tidak membungkuk berlebihan

R/ Membungkuk secara berlebihan dapat menimbulkan rasa sakit pada pinggang

(c) Anjurkan ibu tidak mengangkat beban yang terlalu berat

R/ Menimbulkan rasa nyeri pada pinggang bagian bawah

(d) Anjurkan klien untuk tidur miring kiri dan perut diganjal bantal

R/ Mengurangi tekanan uterus pada ligamentum rotundum

(10) Masalah 9 : Varises

Tujuan : Tidak terjadi varises atau varises dapat hilang

Kriteria : Tidak terdapat Varises

Intervensi menurut Sulistyawati(2011):

(a) Kenakan kaos kaki yang dapat penyokong

R/ Penggunaan kaos kaki penyokong dapat meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan resiko terjadinya varises pada klien

(b) Hindari mengenakan pakaian yang ketat

R/ Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena

(c) Hindari berdiri terlalu lama dan kaki tidak dalam posisi menyilang saat duduk

R/ Meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan terjadinya resiko varises

(d) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur

R/ Latihan ringan secara teratur dapat memfasilitasi peningkatan sirkulasi pada kaki klien.

(e) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset

R/ Penggunaan korset dapat mengurangi terjadinya tekanan pada vena panggul.

(11) Masalah 10 : Nyeri di ulu hati (heard burn)

Tujuan : Tidak terjadi ulu hati

Kriteria : Ibu tidak merasakan nyeri tekan pada bagian ulu hati

Intervensi menurut Eny (2009:43)

(a) Anjurkan ibu untuk makan dengan porsi kecil tapi sering

R/ Untuk mengurangi rasa mual

(b) Anjurkan ibu menghindari makanan seperti : kopi,alkohol,coklat dan lemak

R/ Menekan motilitas lambung dan skresi asam lambung

- (c) Ajarkan ibu untuk menghindari makan-makanan dingin atau minum bersamaan dengan mengkonsumsi makanan makan

R/ Menghambat sekresi pada asam lambung

- (d) Hindari makan atau berbaring selama tiga jam sebelum tidur

R/ Apabila setelah makan langsung berbaring maka asam lambung akan naik sehingga akan menyebabkan reflusk

- (e) Berikan antasida

R/ Antasida adalah obat yang digunakan untuk menetralkan asam lambung sehingga dapat mengurangi ketidaknyamanan yang di alami oleh klien

- (12) Masalah 11 : Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : Kecemasan dapat berkurang

Kritereria :

- (a) Ibu tampak tenang dan santai

- (b) Ibu dapat tersenyum

- (c) Suami dan keluarga memberi dukungan kepada ibu

Intervensi menurut Varny,dkk,(2007:503-504)

(a) Jelaskan kepada ibu hal-hal yang menimbulkan kecemasan

R/ Ibu mengerti penyebab kecemasan yang dialami menjelang persalinaan adalah hal yang normal

(b) Anjurkan ibu untuk mandi air hangat

R/ Selain memperlancar sirkulasi darah mandi dengan air hangat juga memberikan rasa nyaman

(c) Anjurkan ibu untuk melakukan relaksasi progresi

R/ Relaksasi dapat mengurangi masalah-masalah psikologi seperti rasa cemas yang dialami.

e. Pelaksanaan Tindakan

Bidan melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based pada klien atau pasien dalam bentuk upaya

promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, .

Dilaksanakan secara mandiri kolaborasi dan rujukan

(Kemkes RI,2007:6).

f. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara simetris dan berkesinambungan untuk melihat ketidakefektifan dari asuhan yang diberikan, sesuai dengan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.

Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan kepada klien dan juga keluarga. Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien. Menurut Kemenkes RI(2007:7) evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, dengan sebagai berikut :

- S : Adalah data subjektif , mencatat hasil anamnese
- O : Adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan
- A : Adalah hasil analisa , mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
- P : Adalah penatalaksanaan , mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan segera, tindakan secara komperhensif ,penyuluhan , dukungan , kolaborasi, evaluasi dan rujukan.

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Persalinan

Asuhan persalinan mengikuti langkah-langkah manajemen kebidanan sebagai berikut :

1. Pengkajian

a. Data Subjektif

1) Biodata

a) Nama

Agar dalam melakukan komunikasi dengan pasien serta keluarga dapat terjalin komunikasi dengan baik (Manuaba, 2010: 27).

b) Usia

Wanita dengan usia lebih dari 34 tahun cenderung akan melakukan operasi Seksio Cesarea (SC) (Fraser, 2009: 569). Usia ibu dibawah 16 tahun atau di atas 35 tahun akan ditemukan sejumlah komplikasi. Usia ibu dibawah 16 tahun meningkatkan kejadian pre eklamsia. Usia ibu diatas 35 tahun meningkatkan kejadian diabetes tipe II, selain itu adalah hipertensi kronis yang menyebabkan meningkatnya pre eklamsia dan abropsio plasenta. Persalinan yang lama pada multipara, Seksio Cesarea (SC), kelahiran preterm, IUGR, anomeli kromosom dan kematian janin (Varney dkk, 2008:691).

c) Keluhan Utama

Menurut Manuaba (2012, 173) tanda-tanda persalinan adalah :

(1) Adanya his persalinan.

His persalinan memiliki ciri khas seperti pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, dengan sifatnya yang teratur, interval yang semakin pendek, serta kekuatan semakin besar dan kuat, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks dengan banyak melakukan aktivitas (berjalan-jalan) maka pembukaan serviks akan bertambah.

(2) Keluarnya lendir bercampur darah.

Dengan his persalinan yang terjadi maka menyebabkan perubahan pada serviks yang mengakibatkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas dan terjadi perdarahan akibat kapiler pembuluh darah pecah.

(3) Pengeluaran cairan.

Pada beberapa kasus yang ditemukan terjadi ketuban pecah yang mengakibatkan pengeluaran cairan. Tetapi sebagian besar ketuban pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban

diharapkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam (Manuaba, 2010: 173).

Gejala utama pada Kala II (pengusiran) :

(a) His yang semakin kuat, dengan interval 2 sampai dengan 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.

(b) Menjelang berakhirnya kala I, ketuban akan pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.

(c) Ketuban pecah pada pembukaan yang mendekati lengkap dengan diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus Frankenhauser (Manuaba, 2012:173).

d) Riwayat Kesehatan

Kondisi tertentu akan sangat mempengaruhi ibu, bayi atau bahkan keduanya. Calon ibu harus mengetahui jika penyakit yang dideritanya dapat memperburuk atau bahkan menyebabkan bayinya sakit sampai meninggal.

Kondisi medis di kategorikan sebagai berikut :

(1) Penyakit Jantung

Terjadi peningkatan volume darah serta meningkatnya frekuensi denyut jantung yang menyebabkan peningkatan pada serambi kiri jantung

yang pada akhirnya terjadi edema pada paru-paru. Edema paru adalah gejala pertama dari mitral stenosis, terutama terjadi pada ibu yang telah mengalami antrial fibrilasi. Meningkatnya keluhan nafas pendek yang progresif. Menambahnya volume darah kedalam sirkulasi sistemik atau autotransfusi sewaktu his atau pun kontraksi uterus menyebabkan bahaya saat melahirkan karena akan mengganggu aliran darah dari ibu kejanin (Saifuddun, 2010: 769).

Sedangkan menurut Manuaba (2012: 323-324) stadium pada penyakit jantung terbagi ke dalam empat kelas, diantaranya adalah :

- (a) Kelas I : tanpa gejala pada, ibu dapat melakukan kegiatan seperti biasa dan tanpa batas gerak.
- (b) Kelas II : saat istirahat tidak terdapat gejala apa pun, gerakan fisik mulai terbatas, terdapat gejala payah jantung seperti cepat lelah, palpitasi, sesak nafas, nyeri dada serta edema pada tungkai atau tangan.
- (c) Kelas III : saat ini gerakan sangat terbatas karena melakukan gerakan yang terbatas pun telah menimbulkan gejala payah jantung.
- (d) Kelas IV : dalam keadaan istirahat saja sudah mengalami gejala payah jantung.

Persalinan oleh primigravida diperbolehkan pada ibu dengan penyakit jantung kelas I serta Kelas II.

(2) Asma

Ibu yang menderita asma berat dan tidak mengendalikan asmanya tampak mengalami peningkatan pada insiden hasil maternal serta janin yang buruk, termasuk dalam kelahiran prematur, penyakit hipertensi pada kehamilan, bayi sangat kecil untuk usia gestasinya, abruptio plasenta, korioamnionitis dan kelahiran dengan Seksio Cesarea (SC) (Fraser, 2009: 322).

(3) Anemia

Yang membahayakan dalam persalinan adalah gangguan pada his atau kekuatan dalam mengejan, kala I dapat berlangsung sangat lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan Seksio Cesarea (SC). Kala uri dapat diikuti retensio plasenta serta perdarahan postpartum karena atonia uteri. Sedangkan pada kala IV dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (Manuaba, 2012: 240).

(4) Hipertiroidisme

Pada kehamilan berhubungan dengan meningkatnya insiden pre eklamsia, kelahiran prematur, Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) sampai kematian janin (Fraser, 2009: 346).

(5) Gonore

Terjadi karena abortus spontan, berat badan lahir sangat rendah, Ketuban Pecah Dini (KPD), korioamnionitis, dan persalinan prematur (Cooper, 2009: 371).

(6) Diabetes melitus

Pada ibu dengan Diabetes Melitus (DM) tanpa komplikasi selama kehamilannya, dapat melakukan persalinan secara normal pada saat sudah cukup bulan (Fraser, 2009: 338).

e) Riwayat Kebidana

(1) Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang lalu

Riwayat persalinan preterm akan meningkatkan resiko sebesar 30% untuk kembali melahirkan dengan persalinan preterm. Hal tersebut akan terus meningkat seiring dengan meningkatnya jumlah kelahiran preterm dan akan menurun dengan meningkatnya jumlah kelahiran cukup bulan. Ibu yang pernah melahirkan

bayi kecil untuk Masa Kehamilan (BKMK) akan beresiko kembali melahirkan bayi kecil untuk Masa Kehamilan (BKMK) pada kelahiran bayi selanjutnya. bayi kecil untuk Masa Kehamilan (BKMK) dapat diidentifikasi pada pencatatan yang dilakukan. Setelah persalinan akan terjadi peningkatan pada suhu tubuh tetapi tidak akan melebihi 38°C, apabila melebihi 38°C berturut-turut selama dua hari ada kemungkinan terjadinya infeksi. Uterus yang telah kembali seperti ukuran semula akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti dengan his akan menimbulkan rasa nyeri yang disebut dengan “nyeri ikutan” (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba, 2012: 201).

(2) Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

Menurut saifuddin (2014: 90-91) mengatakan jika jadwal pemeriksaan kehamilan (ANC) sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali, yaitu satu kali pada TM

I, satu kali pada TM II, dan dua kali pada TM III.

Pelayanan asuhan kehamilan minimal adalah 14T.

Lama kala I primigravida adalah 12 jam, multigravida 8 jam. Pembukaan serviks pada

primigravida adalah 1 cm/jam dan pembukaan pada multigravida adalah 2 cm/jam. Lama kala II pada primigravida 50 menit sedangkan multigravida 30 menit. Dan kala III untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Dan kala IV untuk primigravida serta multigravida adalah 2 jam (Manuaba, 2012: 173-174).

f) Pola kebiasaan sehari-hari

(1) Nutrisi

Makanan serta asupan cairan yang cukup selama proses persalinan akan memberikan lebih banyak energi serta mencegah dehidrasi pada ibu. Dehidrasi akan menghambat kontraksi atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (Wiknjosastro, 2008: 55).

(2) Eliminasi

Saat janin mulai mengalami penurunan ke pelvik, kandung kemih rentan terhadap kerusakan akibat dari tekanan kepala janin. Dasar kandung kemih akan terkompresi diantara gelang pelvik dan kepala janin. Resiko trauma akan bertambah besar apabila kandung kemih mengalami disentri. Oleh karena itu ibu harus dianjurkan untuk berkemih pada awal kala II (Fraser,

2009: 485). Menganjurkan ibu untuk selalu mengosongkan kandung kemihnya selama proses persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya 2 jam sekali, lebih sering pada saat ibu ingin berkemih atau jika kandung kemih terasa penuh. Lakukan pemeriksaan pada kandung kemih sebelum memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) (Wiknjosastro, 2008:55). Menganjurkan ibu untuk Buang Air Besar jika perlu, lakukan pemeriksaan dalam (VT) untuk memastikan jika yang dirasakan ibu bukan karena tekanan bayi pada rektum (Wiknjosastro, 2008:56).

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, postur tubuh, pada saat ini harus diperhatikan bagaimana sikap tubuh ibu, keadaan punggung, serta cara berjalan (apakah ibu membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis atau berjalan dengan kaki pincang) (Romauli, 2011: 172).

(1) Tanda-tanda Vital (TTV)

(a) Tekanan Darah (TD)

Tekana darah (TD) akan meningkat selama kontraksi dengan disertai dengan meningkatnya

sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu awal kontraksi tekanan darah (TD) kembali akan meningkat sebelum persalinan. Perubahan posisi ibu dari telentang ke posisi miring dapat menghindari perubahan tekanan darah selama kontraksi (Varney dkk, 2007: 686). Tekanan darah dapat diukur setiap 2-4 jam sekali, kecuali ketika keadaan tidak normal. Tekanan darah juga harus dipantau dengan cermat setelah anestetik epidural atau spinal. Hipotensi dapat terjadi karena posisi telentang, syok, atau anestesi epidural. Pada ibu yang mengalami pre eklamsi atau hipertensi esensial selama kehamilan, persalinan lebih meningkatkan tekanan darah (Fraser, 2009: 453).

(b) Nadi (N)

Perubahan denyut nadi pada ibu yang mencolok selama kontraksi adalah meningkatnya nadi secara terus menerus (Varney dkk, 2007: 687).

(c) Suhu (S)

Suhu tubuh ibu akan mengalami peningkatan selama persalinan. Suhu ibu dianggap normal ketika peningkatan suhu tidak lebih dari $0,5-1^{\circ}\text{C}$

yang menandakan peningkatan metabolisme persalinan (Varney dkk, 2008: 687).

(d) Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan, dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney dkk, 2008: 687).

2) Pemeriksaan Fisik

a) Muka

pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik pada pre eklampsia (Saifuddin, 2014).

b) Mata

Apakah bentuk simetris, konjungtiva yang normal adalah berwarna merah muda, bila konjungtiva berwarna pucat maka menandakan ibu tersebut mengalami anemia. Sklera yang normal akan berwarna putih, apabila sklera berwarna kuning maka menandakan jika ibu tersebut mungkin terinfeksi hepatitis, bila berwarna merah maka kemungkinan mengalami konjungtivitis. Sedangkan kelopak mata yang bengkak menandakan adanya pre eklasia (Romauli, 2011: 174).

c) Mulut dan gigi

Wanita bersalin sering kali mengeluhkan bau mulut yang tidak sedap, mulut, gigi yang kering serta pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi berjigong-jigong terutama jika ibu bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut serta gigi (Varney dkk, 2008: 719).

d) Leher

Pada kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan, hal ini disebabkan dari hiperplasia kelenjra dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin, 2010: 186). Kelenjar limfe yang membengkak merupakan salah satu dari gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hami, pengaruhnya terhadap kehamilan adalah dapat mengakiatkan keguguran, persalinan prematuritas, dan cacat bawaan (Manuaba, 2012: 340).

e) Payudara

Memasuki persalinan, perlu dilakukannya pemeriksaan kondisi puting pada payudara ibu seperti kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan puting yang rata atau inversi pada ibu

yang merencanakan untuk menyusui eksklusif (Varney dkk, 2008).

f) Abdomen

Pada ibu yang memasuki proses persalinan perlu dilakukan pemeriksaan Tinggi Fundus Uterus (TFU) pada saat tidak ada his. Kontaksi uterus harus selalu dipantau jumlah kontraksi dalam 10 menit, dan berapa lama kontraksi. Lakukan pemeriksaan Denyut Jantung Janin (DJJ) ketika tidak ada his. Presentasi janin, dan penurunan bagian terendah janin. Sebelum melakukan pemeriksaan abdomen, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya (wiknjosastro, 2008: 42-43). Perlu dilihat kembali adanya luka bekas operasi SC sebagai informasi tambahan untuk tindakan yang akan dilakukan selanjutnya. Kandung kemih harus sering dikosongkan karena untuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh selain itu kandung kemih yang penuh juga akan mencegah penurunan bagian presentasi janin serta trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama, hal tersebut akan mengakibatkan hipotonia kandung kemih dan retensi urine selama pascapartum awal. Selain itu juga perlu dikaji jaringan parut untuk memastikan integritas uterus (Varney dkk, 2008:693).

g) Genetalia

Tanda inpartu diantaranya adalah pengeluaran pervaginam berupa bloody slym, tekanan yang terjadi pada anus, perenium menonjol, dan vulva membuka (Kala II) (Manuaba, 2012: 184). Pada genetalia dilakukan pemeriksaan apakah ada luka atau massa termasuk kondilomata, varikosis vilva atau rektum, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban serta adanya luka parut pada vagina. Riwayat luka parut pada vagina ibu menandakan jika ada robekan perineum atau tindakan episiotomi pada persalinan sebelumnya (Wiknjosastro, 2008:45).

h) Anus

Pereneum menonjol dan anus membuka merupakan tanda jika kepala sudah didasar panggul dan mulai membuka pintu (Wiknjosastro, 2008:46).

i) Ekstremitas

Reflek lutut yang negatif menandakan adanya hipovitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi, 2012:163).

Adanya edema pada ekstremitas adalah tanda klasik pre eklampsia, sehingga bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pergelangan kaki ibu, area pretibia, atau jari. Edema yang terjadi pada kaki atau pergelangan kaki

biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan karena penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar (Varney dkk, 2008:693).

3) Pemeriksaan Khusus

a) Plapasi

Palpasi adalah pemeriksaan atau perabaan untuk menentukan seberapa jauh bagian kepala janin yang terpalpasi diatas pintu panggul dan untuk menentukan seberapa jauh terjadinya engagement, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi, dan letak bokong serta kepala dan presentasi janin (Fraser dan Cooper, 2009: 259-261).



(1) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Tabel 2.6
Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan petunjuk-petunjuk bidan
1 minggu	-	Teraba diatas dimfisis pubis.
6 minggu	-	Ditengah, antara simfisis pubis dan umbilikus
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	Pada umbilicus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
28 minggu	28 cm (± 2 cm)	Ditengah, antara umbilikus dan prosessus sifoideus.
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
36 minggu	36 cm (± 2 cm)	Pada prosesus saifoideus.

Sumber : Romauli, 2011

(2) Cara menentukan Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Digunakan pada janin dengan presentasi kepala.

Dengan rumus sebagai berikut :

(Tinggi fundus dalam cm - n) x 155 = berat dalam gram (gr). Apabila kepala diatas atau pada spina

iskiadika maka $n = 12$. Jika kepala di bawah spina iskiadika maka $n = 11$ (Romauli, 2011: 71).

(3) Penurunan bagian terbawah janin

Menurut Wiknjosastro (2008: 44) penurunan kepala janin dapat dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan pemeriksa (dengan menggunakan perlinaan).

b) Auskultasi

Penilaian Denyut Jantung Janin (DJJ) segera setelah kontraksi. Lakukan penilaian sebelum atau pun selama puncak kontraksi. Dengarkan Denyut Jantung Janin (DJJ) minimal 60 detik. Lakukan penilaian Denyut Jantung Janin (DJJ) lebih dari satu kontraksi. Gangguan yang terjadi pada janin dapat dilihat dari Denyut Jantung Janin (DJJ) kurang dari 120x/menit atau lebih dari 160x/menit. Sedangkan kegawatan janin dapat ditunjukkan dari Denyut Jantung Janin (DJJ) yang kurang dari 100x/menit atau lebih dari 180x/menit. Apabila terjadi hal yang demikian anjurkan

ibbu untuk miring ke kiri serta menganjurkan untuk relaksasi. Saat persalinan penting menilai Denyut Jantung Janin (DJJ) apakah cepat, lambat dan tidak teratur. Cara menghitung Denyut Jantung Janin (DJJ) adalah dengan

mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dilakukan empat, misalkan 5 detik pertama, 5 detik ke tiga dan 5 detik ke lima dalam satu menit.

(1) (11-12-11) dengan kesimpulan teratur, frekuensi 136x permenit menandakan Denyut Jantung Janin (DJJ) normal.

(2) (10-14-9) dengan kesimpulan tidak teratur, frekuensi 132x permenit, menandakan janin dalam keadaan asfiksia.

(3) (8-7-8) dengan kesimpulan teratur, frekuensi 92x permenit menandakan janin dalam keadaan asfiksia.

Kesimpulannya interval Denyut Jantung Janin (DJJ) antara 5 detik pertama, ketiga dan kelima dalam 1 menit tidak boleh lebih dari dua. (Romauli, 2011).

c) His

His yang terjadi pada kala II akan semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik (Manuaba, 2012:173). Perbedaan his dalam persalinan adalah :

(1) Kala I

Pada kala ini dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi serta kekuatannya) hingga pembukaan serviks lengkap (10

cm). Kala I terdiri atas 2 fase yaitu fase laten dan fase aktif.

(2) Kala II

Dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm). Berakhir dengan lahirnya janin. Pada kala ini disebut juga dengan kala pengeluaran.

(3) Kala III

Dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta beserta selaput ketuba (Wiknjosastro, 2008:99).

(4) Kala IV

Sedangkan persalinan pada kala IV dimulai pada setelah lahirnya plasenta sampai berakhir dua jam setelah post partum (Wiknjosastro, 2008:99).

d) Pemeriksaan Dalam

Pemeriksaan dalam pada fase laten dan fase aktif dilakukan setiap 4 jam. Pemeriksaan dalam adalah pembukaan serviks dalam cm, pendataran serviks (effacement) tipis atau tebal, bagian terbawah janin apakah kepala, bokong atau posisi lain, turunnya kepala dalam bidang Hodge, ketuban sudah pecah atau belum, menonjol atau tidak, promotorium teraba atau tidak, linea inominata

tidak teraba seluruhnya, sakrum cekung, spina ischiadika tidak menonjol, sudut arcus pubis lebar (Mochtar, 2012).

e) Pemeriksaan panggul

Yang perlu diperhatikan dalam pemeriksaan panggul adalah bentuk dan ukuran panggul dengan hal yang perlu diperhatikan sebagai berikut :

- (1) Jika promotorium teraba pada pemeriksaan dalam yang dilakukan maka ada idikasi kesempitan panggul
- (2) Normal linea inominata teraba dalam pemeriksaan dalam, apabila teraba sebagian atau keseluruhan berarti ada kesempitan panggul
- (3) Spira ischiadika normal tidak menonjol ke dalam. Jika menonjol berarti ada kesempitan panggul
- (4) Sudut pada arcus pubis $>90^\circ$, apabila kurang dari itu berarti terindikasi ada kesempitan panggul
- (5) Memeriksa keadaan dasar panggul apakah kaku, tebal atau elastis (Wiknjosastro, 2008).

f) Pemeriksaan penunjang

(1) Urin

Urin yang dikeluarkan selama proses persalinan harus di periksa untuk melihat danya glukosa, keton, atau protein. Keton terjadi akibat kelaparan atau distress materna jika semua energi yang ada telah terpakai.

Kadar keton yang rendah dalam urin selama proses persalinan dianggap tidak signifikan. Kecuali pada ibu dengan non-diabetik yang baru saja mengonsumsi karbohidrat atau gula dalam jumlah besar. Glukosa yang ditemukan hanya setelah pemberian glukosa intervena. Adanya protein merupakan kontaminasi setelah ketuban pecah atau tanda infeksi urinaria, tetapi proteinuria yang lebih signifikan dapat menunjukkan adanya pre eklamsi (Fraser, 2009: 453).

(2) Darah

Yang perlu diperiksa hanyalah golongan darah, kadar hemoglobin dan HbsAg (Romauli, 2011: 187).

c. Interpretasi Data

G . . . P . . . Umur Kehamilan (UK) . . . minggu, aterm, hidup, tunggal, intrauteri, situs, habitus, posisi, presentasi, jalan lahir normal, keadaan ibu dan keadaan janin baik, inpartu kala I fase aktif dengan masalah :

- 1) Nyeri dengan adanya his atau kontraksi
- 2) Cemas akibat kurangnya pengetahuan ibu
- 3) Prognosa yang baik (Prawirohardjo, 2009:109).

1) Identifikasi Diagnosa Masalah Kebidanan

$G_{>1}P_{0/}$ Usia Kehamilan (UK) 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka atau puki,

preskep, H . . . , kepala sudah masuk Pintu Atas Panggul (PAP), keadaan jalan lahir normal, Keadaan Umum (KU) ibu dan janin baik, inpartu :

a) Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney dkk, 2007: 718-719).

b) Kala I fase aktif akselerasi atau dilatasi maksimal atau deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan yang dihadapi dalam proses persalinan (Wiknjosastro, 2008:40).

c) Kala II dengan kemungkinan adanya masalah :

- (1) Kekurangan cairan yang dialami oleh ibu
- (2) Terjadinya infeksi
- (3) Kram Tungkai yang terjadi (Wiknjosastro, 2008:93).

d) Bayi baru lahir cukup bulan, Sesuai Masa Kehamilan (SMK), Keadaan Umum (KU) baik. (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/8/2007 tentang standar asuhan kebidanan).

e) P_{>1} Kala III persalinan, Keadaan Umum (KU) ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah menurut Wiknjosastro (2008:118) :

- (1) Retensio plasenta
- (2) Avulasi tali pusat

(3) Plasenta yang tertahan.

f) $P_{>1}$ kala IV proses persalinan, Keadaan Umum (KU) ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi adalah :

(1) Atonia uteri

(2) Robekan vagina, perineum atau serviks

(3) Subinvolusi sehubungan dengan kandung kemih penuh
(Wiknjosastro 2008:118).

2) Identifikasi Kebutuhan Akan Tindakan Segera atau Kolaborasi

Asuhan yang berkesinambungan dan penatalaksanaan asuhan kebidanan pada saat bidan bersama ibu dimana terdapat indikasi situasi yang gawat sehingga bidan harus bertindak untuk menyelamatkan nyawa ibu.

3) Perencanaan

a) $G_{>1}P_{0/>}$ Usia Kehamilan (UK) 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka atau puki, preskep, H . . ., kepala sudah masuk Pintu Atas Panggul (PAP), keadaan jalan lahir normal, Keadaan Umum (KU) ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten atau fase aktif.

Tujuan : proses persalinan berjalan dengan lancar dan normal dengan keadaan ibu serta janin baik dan sehat.

Kriteria :

(1) Keadaan Umum (KU) baik dan kesadaran komposmentis

(2) Tanda-Tanda Vital (TTV) dalam batas normal

Tekanan Darah (TD) : 100/60 mmHg sampai 130/90 mmH

Suhu (S) : 36°C sampai 37°C

Nadi (N) : 80x/menit sampai 100x/menit

Pernafasan (RR) : 16x/menit sampai 24x/menit

(3) His minimal dua kali setiap 10 menit dan berlangsung dalam sedikitnya 40 detik.

(4) Pada kala I primigravida kurang dari 13 jam sedangkan multi gravida kurang dari 7 jam.

(5) Pada kala II primigravida kurang dari 2 jam sedangkan pada multigravida kurang dari 1 jam.

(6) Bayi menangis dengan spontan, menangis kuat, gerakan otot aktif.

(7) Pada kala III primigravida kurang dari 30 menit dan pada multigravida kurang dari 15 menit.

(8) Plasenta lahir dengan spontan dan lengkap.

(9) Perdarahan lebih dari 500cc.

b) Pada kala I, II, III dan IV :

1) Kala I

- (1) Jelaskan pada ibu serta keluarga mengenai hasil pemeriksaan yang telah dilakukan meliputi kemajuan persalinan, serta keadaan ibu dan janin.

R/ wanita yang sedang memasuki proses persalinan menginginkan dan memerlukan informasi mengenai kemajuan persalinan yang sedang dijalannya (Varney, 2007:718).

- (2) Jelaskan pada ibu tentang proses persalinan

R/ semakin serviks membuka, ibu akan merasakan his yang semakin sering, semakin kuat, dan semakin lama. Ibu juga akan mengeluarkan lendir bercampur darah dari jalan lahir. Ibu dapat mulai mengejan pada saat pembukaan serviks sudah mencapai diameter 10 cm.

- (3) Anjurkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi pada saat ada his dengan cara mengambil nafas dalam-dalam dari hidung kemudian keluarkan melalui mulut secara perlahan.

R/ teknik relaksasi yang dilakukan dapat meningkatkan relaksasi serta berfungsi untuk

membersihkan jalan nafas dengan menghilangkan kemungkinan hiperventilasi (Varney, 2007:716).

- (4) Lakukan observasi kemajuan persalinan ibu dengan menggunakan lembar observasi partograf.

R/ lembar partograf dan lembar observasi bertujuan untuk mencatat kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam, mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama (Wiknjosastro, 2008:57).

Tabel 2.7
Frekuensi Minimal Penilaian dan
Intervensi Dalam Persalinan Normal

Frekuensi Minimal Penilaian dan Intervensi dalam Persalinan Normal Parameter	Frekuensi pada fase laten	Frekuensi pada fase aktif
Tekanan Darah (TD)	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu badan (S)	Setiap 4 jam	Setiap 2 jam
Nadi (N)	Setiap 30-60 menit	Setiap 30-60 menit
Denyut Jantung Janin (DJJ)	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Pembukaan serviks	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Penurunan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam

Sumber : Saifuddin, Abdul Bari, 2008.

- (5) Anjurkan ibu untuk mencari posisi yang nyaman dalam persalinan serta anjurkan untuk tidak berbaring telentang.

R/ pada posisi telentang berat uterus dan isinya seperti janin, cairan ketuban, plasenta serta ketuban akan menekan vena cava inferior ibu yang akan mempengaruhi pasokan oksigen yang melalui sirkulasi uteroplasenter sehingga akan menyebabkan hipoksia pada janin. Selain itu berbaring telentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif (Wiknjosastro, 2008:87).

- (6) Anjurkan suami dan keluarga untuk memberikan dukungan kepada ibu selama proses persalinan (Wiknjosastro, 2008:54).

R/ dukungan yang diberikan suami dan keluarga mempunyai peran penting untuk menambah kenyamanan pada ibu.

- (7) Beri asupan nutrisi atau makanan dan minuman kepada ibu.

R/ makanan ringan dan asupan cairan selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi yang dapat memperlambat

kontraksi serta menjadikan kontraksi tidak teratur atau kurang efektif (Wiknjosastro, 2008:55).

- (8) Anjurkan ibu untuk Buang Air Besar (BAB) dan Buang Air Kecil (BAK)

R/ kandung kemih yang penuh akan mengganggu penurunan kepala janin. Efek yang lain adalah akan menyebabkan rasa nyeri bagian bawah perut ibu, menghambat penatalaksanaan distosia bahu, menghalangi lahirnya plasenta serta perdarahan post partum (Wiknjosastro, 2008:82).

- (9) Jaga privasi ibu dengan menutup pintu tempat persalinan, jendela dan kelambu.

R/ menjaga privasi ibu dan menghormati martabat wanita (Varney, 2007: 718).

- (10) Jaga kebersihan ibu dan usahakan agar tetap dalam kondisi yang kering

R/ kondisi yang kering dan bersih akan meningkatkan kenyamanan, relaksasi serta akan menurunkan resiko infeksi (Varney, 2007: 719).

- (11) Lakukan pemeriksaan dalam setiap 4 jam sekali atau jika ada indikasi seperti Ketuban Pecah Dini (KPD) dan adanya tanda kala II.

R/ untuk melihat kemajuan persalinan serta menguangi terjadinya infeksi akibat pemeriksaan dalam terlalu sering. (Varney, 2007: 718).

(12)Gunakan teknik sentuhan fisik

R/ sentuhan yang diberikan kepada ibu misalnya dibagian tungkai, kepala dan lengan dapat memperlihatkan kepeduliannya kepada ibu, memberikan kenyamanan, pengertian akan menentramkan, serta menenangkan dan sebagainya (Varney, 2007: 722).

(13)Berikan usapa pada punggung maupun abdomen

R/ hal ini dapat memberikan tekanan secara eksternal pada tulang belakang, menghilangkan tekanan eksternal pada tulang belakang oleh kepala janin sehingga akan mengurangi nyeri. Sedangkan usapan pada perut akan meningkatkan kenyamanan dan merupakan ekspresi kepedulian terhadap wanita atau ibu (Varney, 2007: 720-721).

2) Kala II

(1) Mengenali tanda dan gejala pada kala II

R/ dengan melihat tanda gejala pada kala II dengan benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan baik dan tepat.

- (a) Ada dorongan untuk meneran.
- (b) Adanya tekanan pada anus.
- (c) Perineum menonjol.
- (d) Vulva dan sfingter ani membuka.

(2) Menyiapkan pertolongan persalinan

R/ mempersiapkan alat, fisik serta mental akan membantu keefisien kerja, waktu dan meminimalisir human eror, sehingga akan memperlancar proses persalinan. Pastikan jika peralatan yang akan digunakan seperti bahan, obat-obatan esensial untuk menolong persalinan sudah lengkap dan merentaskan komplikasi ibu dan Bayi Baru Lahir (BBL). Untuk bayi dengan asfiksia siapkan tempat datar dan keras, dua kain, handuk yang bersih dan kering, lampu sorot 60 Watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

- (a) Menggelar kain diatas perut ibu serta pada tempat resusitasi dan ganjal bahu bayi.
- (b) Menyiapkan Oksitosin 10 IU dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.

(3) Pakai celemek yang terbuat dari plastik

R/ celemek merupakan pelindung atau barier antar penolong persalinan dengan bahan-bahan yang

memiliki potensi untuk menularkan penyakit (Wiknjosastro, 2008:80).

- (4) Melepas dan menyimpan perhiasan yang dikenakan, selanjutnya cuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir. Keringkan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering.

R/ agar tangan tetap bersih

- (5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan melakukan pemeriksaan dalam.

R/ menggunakan sarung tangan merupakan tindakan melindungi diri dari cairan atau rabas yang mungkin melakukan penularan melalui darah (Varney, 2008: 1117).

- (6) Masukkan oksitosin 10 IU kedalam spuit (lakukan pada tangan yang menggunakan sarung tangan DTT serta pastikan tidak ada kontaminasi terhadap jarum suntik).

- (7) Lakukan vulva hygiene pada perineum ibu, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas yang dibasahi dengan air DTT.

(a) Apabila introitus vagina, perineum atau vagina terkontaminasi tinja maka bersihkan dari depan ke belakang.

(b) Buang kasa atau kapas yang terkontaminasi ke tempat yang telah disediakan.

(c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi dan lakukan dekontaminasi, lepas dan rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.

(8) Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik

R/ pembukaan serviks 10 cm akan mencegah rupture portio dan keadaan janin yang baik bisa tertolong dengan prosedur persalinan yang normal.

(a) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.

(b) Apabila selaput ketuban belum pecah maka lakukan amniotomi.

(9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% dan selanjutnya lepaskan secara terbalik ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Selanjutnya

cuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir. Keringkan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering.

(10) Periksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi atau saat relaksasi untuk memastikan Denyut Jantung Janin (DJJ) dalam keadaan normal. 120-160x/ menit.

(a) Mengambil tindakan yang sesuai jika Denyut Jantung Janin (DJJ) tidak normal.

(b) Melakukan dokumentasi hasil-hasil pemeriksaan dalam, Denyut Jantung Janin (DJJ), dan semua hasil pemeriksaan.

(11) Beritahu ibu dan keluarga jika pembukaan lengkap dan janin dalam keadaan baik. Selanjutnya bantu ibu dalam menentukan posisi yang nyaman.

R/ pada posisi telentang berat uterus dan isinya seperti janin, cairan ketuban, plasenta serta ketuban akan menekan vena cava inferior ibu yang akan mempengaruhi pasokan oksigen yang melalui sirkulasi uteroplasenter sehingga akan menyebabkan hipoksia pada janin. Selain itu berbaring telentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan

menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif (Wiknjosastro, 2008:87).

(12) Minta keluarga atau suami untuk membantu ibu menentukan posisi yang nyaman untuk meneran.

Jika ibu merasakan rasa ingin meneran maka bantu ibu dalam posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan ibu.

(13) Lakukan bimbingan meneran pada saat ibu ada dorongan untuk meneran.

(a) Bimbing ibu untuk meneran secara benar dan efektif

(b) Dukung, beri semangat dan beri dukungan pada ibu saat meneran, apabila cara meneran sesuai dengan instruksi.

(c) Bantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman kecuali posisi telentang dalam waktu yang lama.

(d) Anjurkan ibu untuk beristirahat disela-sela kontraksi

(e) Anjurkan suami dan keluarga untuk memberi dukungan dan semangat pada ibu.

(f) Beri ibu cukup asupan cairan

(g) Nilai Denyut Jantung Janin (DJJ) setiap tidak ada kontraksi.

(h) Segera lakukan rujukan apabila bayi belum lahir dalam waktu 120 menit meneran pada multigravida atau 60 menit meneran pada primigravida.

(14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum merasakan adanya his dalam 60 menit.

(15) Persiapkan pertolongan untuk kelahiran bayi R/ mempersiapkan tempat dan kain bersih untuk mengeringkan tubuh bayi.

(16) Letakkan handuk bersih pada perut ibu untuk mengeringkan bayi jika vulva telah membuka dengan diameter 5-6 cm.

(17) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu.

(18) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan yang akan digunakan.

(19) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

(20) Persiapkan pertolongan kelahiran bayi.

R/ menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat akan mencegah terjadinya robekan vulva dan perineum.

(21) Setelah kepala bayi tampak dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tanagn yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala janin untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat serta dangkal.

R/ melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya bayi secara bertahap dan hati-hati akan mengurangi regangan berlebih (robekan) pada vagina dan perineum.

(22) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika terjadi lilitan tali pusat.

R/ prasat ini digunakan untuk mengetahui apakah tali pusat ada dileher bayi, jika memang demikian. Untuk menilai seberapa kuat tali pusat sebagian dasar untuk memutuskan cara mengatasi masalah tersebut. (Varney, 2008: 1146).

(a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi

(b) Apabila tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat pada dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut.

(23) Tunggu kepala janin melakukan putar paksi luar secara seponatan.

(24) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang janin secara bipariental. Anjurkan ibu untuk meneran pada saat ada kontraksi. Dengan lembut gerakkan ke bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arcus pubis dan gerakkan ke arah atas distal untuk melahirkan bahu belakang.

(25) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan ke bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan, dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk melakukan penelusuran dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

(26) Setelah kelahiran tubuh dan lengan, penelusuran tangan atas berlanjut pada punggung, bokong, tungkai serta kaki. Pegang kedua mata kaki. Masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari serta jari lainnya.

(27) Penanganan Bayi Baru Lahir (BBL)

R/ penanganan Bayi Baru Lahir (BBL) yang benar akan mencegah terjadinya hipotermi serta untuk mengetahui kelainan bayi sedini mungkin. Lakukan penilaian Bayi Baru Lahir (BBL) :

(a) Apakah bayi menangis kuat atau mengalami kesulitan dalam bernafas ?

(b) Apakah bayi bergerak dengan aktif ?

(c) Jika bayi tidak menangis, tidak dapat bernafas dengan baik, maka lakukan langkah resusitasi asfiksia pada Bayi Baru Lahir (BBL).

(28) Keringkan tubuh Bayi Baru Lahir (BBL)

Keringkan mulai dari muka, kepala, tubuh bagian lainnya kecuali pada telapak tangan. Ganti handuk basah dengan handuk kering. Biarkan bayi berada diatas perut ibu.

(29) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada bayi kedua.

(30) Beritahu ibu jika aka dilakukan penyuntikan oksitosin agara uterus dapat berkontraksi dengan baik.

(31) Dalam waktu 1 menit setelah bayi baru lahir berikan suntikan oksitosin 10 IU secara IM di 1/3 paha atas

bagia distal lateral. Lakukan aspirasi sebelum melakukan peyuntikan oksitosin.

(32) Setelah 2 menit setelah persalinan jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari perut bayi. Dorong isi tali pusat ke arah ibu atau distal dan jepit kembali pada klem yang kedua pada 2 cm distal dari klem pertama.

(33) Pemotongan serta pengikatan tali pusat

(a) Dengan menggunakan satu tangan pegang tali pusat yang telah dijepit dan lindungi perut bayi serta lakukan pengguntingan di antara 2 klem.

(b) Ikat tali pusat dengan menggunakan benang DTT pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi yang lain.

(c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disiapkan sebelumnya.

(34) Letakkan bayi di atas dada ibu, letakkan secara tengkurap. Luruskan bahu bayi sehingga bayi dapat menempel di dada atau perut ibu dan usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.

(35) Pasang topi dikepala bayi dan selimuti dengan menggunakan kain bersih.

3) Kala III

(36) Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak antara 5-10 cm dari vulva.

(37) Letakkan satu tangan pada kain yang berada diatas perut ibu, diatas simfisis. Untuk mendeteksi tangan yang lain menengangkan tali pusat.

(38) Setelah uterus berkontraksi tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso kranial) secara berhati-hati untuk mencegah terjadinya inversia uteri. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 sampai 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas.

(39) Lakukan penegangan dan dorong secara dorso kranial hingga plasenta terlepas, anjurkan ibu untuk meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti proses jalan lahir sambil tetap melakukan tekanan dorso kranial.

(a) Jika tali pusat bertambah panjang maka klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.

(b) Jika plasenta tidak terlepas setelah 15 menit maka suntikkan ulang oksitosin 10 IU secara IM.

(c) Lakukan kateterisasi jika kandung kemih penuh

(d) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit selanjutnya

(e) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir dan terjadi perdarahan maka lakukan plasenta manual tetapi jika tidak ada perdarahan maka lakukan rujukan.

(40) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Putar dan pegang hingga selaput ketuban terpinl kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disiapkan. Jika ditemukan selaput ketuban robek maka pakai sarung tangan DTT atau sarung tangan steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput ketuban kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.

Lakukan massase uterus

R/ massase uterus merangsang kontraksi.

(41) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir lakukan massase uterus. Letakkan telapak tangan difundus dan lakukan massase dengan gerakan memutar searah jarum jam dengan lembut hingga uterus berkontraksi dengan baik sampai fundus teraba keras.

(42) Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Tempatkan plasenta di tempat yang telah di sediakan.

(43) Evaluasi kemungkinan adanya laserasi pada vagina dan perenium. Lakukan penjahitan apabila ada terdapat laserasi yang menyebabkan perdarahan. Lanjutkan untuk melakukan kembali masase pada fundus uteri.

R/ penanganan sedini mungkin akan mengurangi perdarahan yang terjadi.

4) Kala IV

Menilai perdarahan

(44) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak ada perdarahan pervaginam

(45) Biarkan bayi melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) sedikitnya 1 jam.

R/ Sebaiknya bayi berhasil menyusu atau melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dalam waktu 30-60 menit.

(46) Lakukan pemeriksaan fisik Bayi Baru Lahir (BBL)

(47) Setelah 1 jam lakukan penimbangan dan pengukuran pada bayi, beri tetes mata antibiotik, profilaksis dan Vitamin K1 1 mg secara IM di paha kiri anterolateral.

Setelah 1 jam pemberian Vitamin K1 berikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.

(a) Letakkan bayi di atas pangkuan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.

(b) Letakkan kembali bayi pada dada ibu jika belum berhasil menyusui dalam 1 jam pertama biarkan sampai bayi berhasil menyusui.

(48) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.

(a) 2-3 dalam 15 menit pertama pasca persalinan.

(b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.

(c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.

(d) Apabila uterus tidak berkontraksi dengan baik maka lakukan asuhan yang sesuai dengan keadaan yang ada.

(49) Ajarkan suami dan keluarga cara melakukan massase uterus dan lakukan penilaian kontraksi.

R/ informasi yang sesuai akan meningkatkan kemandirian ibu dan mencegah perdarah post partum.

(50) Evaluasi jumlah kehilangan darah pada ibu

(51) Periksa keadaan ibu dan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pasca persalinan dan setiap 30 menit selama 1 jam ke dua post partum.

(a) Melakukan pengukuran suhu tubuh pada ibu setiap 1 jam selama 2 jam

(b) Melakukan tindakan yang sesuai apabila ada kejadian yang tidak sesuai.

(52) Periksa kembali janin dan pastikan bayi dapat bernafas dengan baik 40-60x/ menit serta suhu tubuh normal 36°C-37,5°C.

(53) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit dan cuci

dengan sabun serta bilas dengan air bersih yang mengalir.

(54) Buang bahan-bahan terdekontaminasi ditempat sampah yang sesuai (merah untuk tempat sampah medis dan kuning untuk tempat sampah non medis)

(55) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT, bersihkan cairan ketuban, lendir, serta darah yang tersisa pada ibu. Dan bantu ibu untuk memakai pakaian yang bersih dan kering.

(56) Pastikan ibu sudah merasa nyaman. Bantu ibu dalam memberikan ASI pada bayinya dan anjurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum pada ibu.

(57) Dekontaminasi tempat persalinan dengan menggunakan larutan klorin 0,5%

(58) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

(59) Cuci kedua tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir. Dan keringkan dengan menggunakan handuk pribadi.

(60) Lengkapi partograf.

c) Potensi Masalah

1) Masalah pada kala I

a) Nyeri pada proses persalinan

Tujuan : untuk mengurangi nyeri saat persalinan

Kriteria : nyeri yang dialami ibu berkurang

(Wiknjosastro, 2008:150) :

(1) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu

R/ proses persalinan merupakan proses yang panjang dan melelahkan sehingga perlu adanya pendekatan dan dukungan kepada ibu.

(2) Jelaskan proses serta kemajuan persalinan kepada ibu dan keluarga.

R/ ibu dan keluarga memerlukan informasi dan penjelasan mengenai kondisinya.

(3) Jelaskan mengenai prosedur dan batasan tindakan yang dilakukan.

R/ ibu dan keluarga paham dengan prosedur yang dilakukan dan memahami batasan tertentu yang diberikan.

b) Kecemasan menghadapi proses persalinan

Tujuan : kecemasan ibu dapat berkurang

Kriteria : ibu merasa tenang

Intervensi menurut Marmi (2009:122):

- (1) Anjurkan sumai atau keluarga untuk menemani ibu

R/ kehadiran orang terdekat ibu akan membuat ibu merasa aman dan nyaman

- (2) Berikan sentuhan fisik kepada ibu

R/ sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu akan menentramkan dan menenangkan ibu.

- (3) Berikan usapan pada punggung

R/ akan meningkatkan relaksasi

- (4) Pemberian kompres panas pada punggung

R/ kompres panas akan meningkatkan sirkulasi sehingga akan memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

2) Masalah pada Kala II

a) Kekurangan cairan

Tujuan : tidak terjadi dehidrasi

Kriteria :

- (1) nadi 76 sampai 100x/menit

- (2) urin jernih, produksi urine 30 cc per jam

Intervensi menurut (yeyeh 2009: 120) adalah :

- (1) Anjurkan ibu untuk banyak minum

R/ ibu yang memasuki proses persalinan akan menghasilkan panas, oleh karena itu ibu memerlukan asupan minum yang cukup.

- (2) Apabila dalam satu jam dehidrasi tidak berhasil diatasi, lakukan pemasangan infus RL atau NS 125 cc/jam.

R/ pemberian cairan intravena (IV) akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

- (3) Segera lakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang memiliki fasilitas yang lebih lengkap, yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan Bayi Baru Lahir (BBL).

R/ segera lakukan rujukan apabila ibu kekurangan cairan yang dapat meminimalkan resiko terjadinya dehidrasi.

b) Infeksi

Tujuan : tidak terjadi infeksi

Kriteria : Tanda-Tanda Vital (TTV):

- (1) Nadi dalam batas normal antara 76-100x/menit
- (2) Suhu tubuh 36 sampai 37,5°C
- (3) Keadaan Umum (KU) baik
- (4) Cairan ketuban atau cairan vagina tidak berbau

Intervensi menurut Saifuddin (2011: 145) antaranya :

(1) Anjurkan ibu untuk miring ke kiri

R/ posisi miring ke kiri akan mempercepat penurunan kepala janin

(2) Pasang infus dengan diameter besar ukurang 16/18 dan berikan RL atau NS 125 ml per jam.

R/ salah satu tanda infeksi adalah meningkatnya suhu tubuh ibu dan hal tersebut akan menyebabkan dehidrasi.

(3) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxcilin 2 gram/oral

R/ antibiotik memiliki senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganggu sintesis protein pada bakteri penyebab timbulnya penyakit.

(4) Segera lakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang memiliki fasilitas yang lebih lengkap, yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri.

R/ infeksi yang tidak segera ditangani akan berkembang ke arah syok dan akan menimbulkan kegawatdaruratan pada ibu dan janin.

c) Kram Tungkai

Tujuan : ibu tidak mengalami kram tungkai

Kriteria : sirkulasi darah lancar

Intervensi menurut Varney dkk (2008:722)

(1) Luruskan tungkai ibu

R/ hal ini dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas bawah

(2) Atur posisi dorsofleksi

R/ relaksasi yang dilakukan secara bergantian dapat mempercepat peredaan nyeri.

(3) Tidak dianjurkan untuk pemijatan pada tungkai

R/ karena akan menimbulkan resiko trombi tanpa sengaja terlepas.

d) Bayi Baru Lahir (BBL) cukup bulan Sesuai Masa Kehamilan (SMK), Keadaan Umum (KU) baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan)

Tujuan : dapat melakukan adaptasi dengan baik

Kriteria :

(1) bayi menangis kuat

(2) bayi bergerak aktif

Intervensi menurut Kepmenkes No.938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan adalah :

(1) Observasi Tanda-Tanda Vital (TTV) serta tangisan bayi

R/ Tanda-Tanda Vital (TTV) merupakan tanda utama untuk menentukan keadaan umum bayi.

(2) Jaga suhu tubuh bayi agar tetap hangat

R/ bayi akan mudah mengalami hipotermi apabila dalam kondisi basah oleh karena itu segera keringkan dan selimuti walaupun dalam ruangan yang relatif hangat.

(3) *Bounding attachment* dan lakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

(4) R/ *Bounding attachment* dapat mengatasi stres pada ibu agar lebih merasa nyaman dan tenang serta tidak terasa nyeri pada saat plasenta lahir.

Sedangkan Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Meningkatkan rasa kasih sayang ibu dengan bayinya.

(5) Berikan vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5 mg

R/ vitamin K1 yang diberikan dapat mencegah perdarahan intrakranial.

(6) Berikan salep mata pada bayi

R/ sebagai profilaksis.

3) Masalah pada kala III

a) Retensio Plasenta

Tujuan : plasenta dapat dilahirkan dengan lengkap

Kriteria : tidak ada sisa plasenta yang tertinggal

Intervensi menurut Wiknjastro (2008) adalah :

(1) Apabila plasenta masih didalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan yang berat maka pasang infus dan berikan RL atau NS dengan 20 unit oksitosin.

(a) Lakukan plasenta manual dan lanjutkan penanganan selanjutnya

(b) Segera lakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang memiliki fasilitas yang lebih lengkap, yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri.

(2) Dampingi ibu pada saat melakukan rujukan

(3) Tawarkan batuan kepada ibu walaupun ibu sudah mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.

b) Avulsi Tali Pusat

Tujuan : tidak terjadi avulsi dan plasenta lahir lengkap

Kriteria : tali pusat utuh

Intervensi menurut (Varney dkk, 2008:110)

(1) Palpasi pada uterus untuk melihat kontraksi dan minta ibu meneran pada setiap kontraksi.

(2) Saat plasenta terlepas lakukan pemeriksaan dalam secara hati-hati. Atau jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso kranial pada uterus.

(3) Lakukan masase fundus uterus sesaat setelah plasenta lahir.

(4) Apabila plasenta belum lahir dalam 30 menit maka lakukan tindakan sebagai retensio plasenta.

4) Masalah pada kala IV

a) Atonia Uteri

Tujuan : atonia uteri dapat diatasi

Kriteria : (1) kontraksi uterus baik dan keras

(2) perdarahan lebih dari 500 cc

Intervensi menurut (Wiknjosastro (2008: 108-110)

adalah :

(1) Segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI) selama 5 menit serta lakukan evaluasi apakah uterus dapat berkontraksi dan perdarahan berkurang.

(2) Jika perdarahan tidak berhenti ajurkan keluarga untuk melakukan Kompresi Bimanual Eksternal (KBE). Dan berikan suntikan 0,2 mg ergometrin secara IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rectal dan gunakan jarum ukuran 16-18, pasang infus dan berikan 500 cc larutan RL yang mengandung 20 IU oksitosin.

(3) Jika uterus tidak berkontraksi dan perdarahan tetap terjadi maka lakukan KBI.

(4) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit maka lakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap, yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfusi darah

(5) Dampingi ibu selama rujukan dan tetap lakukan tindakan KBI

b) Robekan Vagina, Perineum, atau Serviks

Tujuan : Robekan Vagina, Perineum, atau serviks dapat di atasi

Kriteria :

(1) Robekan Vagina, Perineum, atau Serviks dapat dijahit dengan baik

(2) Perdarahan kurang dari 500 cc

Intervensi menurut (Kamariyah, 2014:143)

(1) Lakukan pemeriksaan secara berhati-hati untuk memastikan adanya laserasi

(2) Jika terdapat laserasi pada derajat satu dan dua maka lakukan perdarahan.

(3) Jika terdapat laserasi pada derajat tiga dan empat :

(a) Pasang infus dengan menggunakan jarum ukuran 16 dan 18. Berikan RL atau NS

(b) Pasang tampon untuk mengurangi perdarahan

(c) Segera lakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang memiliki fasilitas yang lebih lengkap, yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri.

(d) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

c) Sub Involusio Uteri karena kandung kemih penuh

Tujuan : involusi uterus berjalan baik

Kriteria : Tinggi Fundus Uteri (TFU) 2 jari dibawah pusat

Intervensi :

(1) Kosongkan kandung kemih

R/ penuhnya kandung kemih akan menghambat kontraksi

(2) Lakukan massage uteri

R/ akan mengurangi kontraksi uterus

d. Penatalaksanaan

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien serta aman berdasarkan dengan *evidence based* kepada ibu dalam bentuk upaya yang bersifat promotif, preventif, kuratif serta rehabilitatif. Yang dilakukan secara mandiri, kolaborasi maupun rujukan (Kepmenkes RI, 2007).

e. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi dengan sistematis serta berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan dan perkembangan kondisi ibu. Evaluasi dan penilaian dilakukan segera setelah selesai dicatat dan dikombinasikan pada ibu dan keluarga. Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi. Menurut (Kepmenkes

RI, 2007), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP :

S : data subjektif untuk mencatat hasil anamnesa

O : data Obyektif untuk mencatat hasil pemeriksaan

A : hasil analisa untuk mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P : penatalaksanaan, untuk mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan komperhensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi atau follow up dan rujukan.



2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

1. Pengkajian

a. Data Subyektif

1) Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba,2012: 205).

2) Keluhan utama

Keluhan utama pada bayi baru lahir adalah hipoglikemi, hipotermi, dan ikterik (Ladewig, 2006:180-199). Terjadi serorrhea, miliariasis, muntah gumoh *oral trush* (miniliasis/sariawan), dan *diaper rash* (Marmi,2012:207-229).

3) Riwayat antenatal

Meliputi usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan pranatal serta masalah yang ada harus dicatat. Hasil laboratorium, termasuk laporan ultrasonografi, harus di tinjau. Kondisi pranatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Varney dkk.2008:916).

4) Riwayat natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang. Pecahnya ketuban, demam pada ibu, serta cairan amnion yang

berbau merupakan faktor resiko untuk infeksi neonatal. Cairan amnion bercampur mekonium meningkatkan resiko penyakit pernapasan. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomali neonatus (Walsh,2012:368). Menurut Prawiroharjo (2009:69), klasifikasi pada bayi lewat bulana adalah :

- a) Stadium I yaitu kulit menunjukkan kehilangan verniks kaseosa dan terjadi maserasi seperti kulit kering, rapuh, serta mudah mengelupas.
 - b) Stadium II seperti stadium I dan disertai dengan pewarnaan mekonium (kehijauan) pada kulit.
 - c) Stadium III seperti stadium I, di sertai dengan pewarnaan kekuningan pada kuku, kulit, dan tali pusat.
- 5) Riwayat post natal

Riwayat bayi sejak lahir harus ditinjau ulang termasuk pada saat menyusu, berkemi, defekasi, tidur dan menangis. (Walsh, 2012:368).

Meninjau catatan kelahiran bayi, tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain menghisap, kesadaran, berkemih dan mengeluarkan mekonium. Perilaku mengkhawatirkan seperti gelisah, letargi, aktivitas menghisap yang buruk atau tangisan abnormal (Varney dkk, 2008:917).

6) Nutrisi

Pada jam pertama energi di dapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu (Marmi, 2012:313).

Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120kkal/kg BB/hari. Secara umum selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012:379).

Bayi menyusu setiap 1-8 jam. Menyusu biasanya jarang pada hari pasca partum. Frekuensi meningkat dengan cepat pada hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah kelahiran (Walsh, 2012:375).

7) Eliminasi

a) Buang Air Besar (BAB)

Bayi normal akan Buang Air Besar (BAB) pada 24 jam pertama. Feses pertama ini biasanya berwarna hijau kehitaman dan lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir serta sel epitel (Marmi, 2012:301).

b) Buang Air Kecil (BAK)

Bayi normal akan berkemih 7-10x/hari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering maka setelah Buang Air Kecil (BAK) harus mengganti popok. Biasanya

terdapat urien dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urien tidak dikeluarkan selama 12-24 jam.

8) Istirahat dan tidur

Bayi baru lahir samapi dengan usia 3 bulan rata-rata tidur selama 16 jam sehari . Pada umumnya bayi terbangun sampai malam hari pada usia 3 bulan. Jumlah waktu tidur bayi berkurang seiring dengan bertambahnya usia (Marmi,2012: 302).

9) Personal hygiene

Bayi dimandikan setidaknya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan. Cuci rambut bayi sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka, yang akan mencegah urien dan fese membasahi tali pusat. Popok harus diganti ketika basah (Walsh, 2012:187).

Perawatan tali pusat untuk menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat (Saifuddin, 2009 : 134).

10) Aktifitas

Bayi normal akan melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada

bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi jika hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2009 : 342).

11) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik (saifuddin, 2011 : 343). Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat terbangun. Bayi bereaksi terhadap rangsangan dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya (Fraser,2009:167).

b. Data Obyektif

1) Keadaan umum

Kulit bayi tampak kemerah-merahan, tonus otot baik, menagis kuat, dapat minum dengan baik, suhu antara 36,5°C-37°C (Wiknjosatro, 2008 : 256). Kesadaran perlu dikenali, reaksi terhadap rangsangan seperti suara keras serta yang mengejutkan (Saifuddin, 2009 : 137).

2) Tanda-tanda vital

a) Suhu

Suhu tubuh bayi diukur melalui dubur atau ketiak (Saifuddin, 2014 : 138).

Suhu bayi baru lahir dapat dikaji dari berbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda. Di anjurkan jika suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$ dan suhu kulit abdomen dalam rentang 36°C - $36,5^{\circ}\text{C}$ (Varney dkk, 2008:882). Suhu rektal menunjukkan suhu inti tubuh suhu aksila normalnya 1 (lebih dingin dari suhu inti tubuh yaitu $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$) (Walsh, 2012:369).

Suhu aksila $36,5^{\circ}\text{C}$ - 37 sedangkan suhu kulit 36°C - $36,5^{\circ}\text{C}$ (Fraser dkk, 2009 : 710).

b) Pernapasan

Pernapasan cepat pada menit pertama <180 kali/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi supernetral, interkostal serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit (Wiknjastro, 2009 : 255). Pada pernafasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, serta suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi. Gerak pernapasan 30-50 kali permenit (Saifuddin, 2014:138). Pernafasan berfluktuasi dan tidak setabil selama periode tertentu. Pernapasan pada bayi baru lahir dapat terdengar ribut selama periode transisi. Frekuensi rata-rata 40x per menit, Rentang 30-60 kali permenit.(Varney dkk, 2008 : 880).

c) Nadi

Detak jantung dalam menit pertama kira-kira 180x/menit yang kemudian turun sampai 140x/menit-120x/menit (Wiknjosastro,2009:255). Dan frekuensi jantung 120-160x/menit ketika istirahat (Walsh, 2012 : 369).

3) Antropometri

1) Berat badan

Berat badan bayi pada 3 hari pertama mengalami penurunan, hal ini normal karena pengeluaran air kencing dan mekonium. Pada hari ke-4 berat badan naik (Wiknjosastro,2009:256). Berat badan sebaiknya di pantau setiap hari. Penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan waktu lahir menunjukkan kekurangan cairan (Saifuddin,2014:138).

2) Panjang badan

Panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala terlentang rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai di luruskan dan kertas dimeja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, bidan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter (Varney dkk,2008:921).

3) Ukuran kepala menurut Winkjosastro (2009:119):

- a) Diameter suboksipito-bregmatikus : 9,5-10cm
- b) Diameter oksipito-frontalis : 11-12cm
- c) Diameter oksipito metalis : 13,5-15cm
- d) Diameter submento-bregmatika : 9,5-10cm
- e) Diameter biparietalis : 9,5-10cm
- f) Diameter bitemporalis : 8-10cm
- g) Sirkumferensia suboksipito-bregmatikus : 33-34cm
- h) Sirkumferensia submento-bregmatikus : 32-33cm
- i) Sirkumferensia oksipito frontalis : 33-35cm
- j) Sirkumferensia mento-oksipitalis : 34-35,5cm
- k) Lingkar dad : 33-38cm
- l) Lingkar lengan : +11 cm

4) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Kedua fontanel dapat diraba dengan mudah, tidak menonjol dan merenggang, adanya caput suksedaneum sebagai temuan umum dan adanya sefalohematoma (Walsh, 2012 : 369). Raba sepanjang garis sutura dan fontanel untuk mengetahui ukuran dan tampilan normal. Sutura yang beranjak lebar mengindikasikan bayi pretern, moulding yang buruk atau hidrosefalus. Periksa adanya trauma kelahiran seperti: caput suksedaneum dengan ciri-ciri teraba

benjolan lunak, berbatas tidak tegas, tidak berfluktuasi tetapi bersifat edema tekan, sefal hematoma. Sedangkan ciri-ciri pada perabaan teraba adanya fluktuasi karena merupakan timbunan darah, biasanya tampak di daerah tulang parietal, sifatnya perlahan tumbuh benjolan biasanya baru tampak jelas setelah bayi lahir dan membesar samapai hari kedua dan ketiga, Perdarahan sub aponeurotik atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan adanya kelainan seperti anesefali, mikrosefali, kraniotabes dan yang lain (Marmi,2012:56). Rambut bayi lembut dan halus, beberapa bayi umumnya tidak memiliki rambut, sedangkan sebagian bayi lainnya memiliki rambut yang lebat (Fraser dkk,2009:709). Ubun-ubun belakang menutup pada minggu ke-6 samapai ke-8. Ubun-ubun depan tetap terbuka hingga bulan ke-18 (Fraser dkk, 2009: 712).

Bayi yang mengalami seborrea akan terdapat ruam tebal berkeropeng berwarna kekuningan dan terdapat ketombe pada kepala (Marmi, 2012: 223).

b) Mata

Goyangkan kepala bayi secara perlahan agar mata bayi terbuka. Periksa jumlah, posisi atau letak mata. Periksa adanya strabismus yaitu koordinasi mata yang belum sempurna, glaukoma kongenital, mulanya akan tampak

sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea. Katarak mata juga akan mudah terlihat yaitu pupil berwarna putih, pupil harus tampak bulat. Periksa juga adanya trauma seperti perdarahan konjungtiva, sekret pada mata, konjungtiva oleh kuman gonokokus yang dapat menjadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan (Marmi, 2012: 217).

c) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernapasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernapasaan (Fraser, 2009:167).

d) Mulut

Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna (Saifuddin, 2009). Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya oral thrush (Marmi, 2012:218).

e) Telinga

Pemeriksaan dalam hubungan letak dengan mata dan telapak (Saifuddin, 2009:303) Tulang kartilago telinga telah sempurna (Fraser, 2009 : 168).

f) Leher

Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada flekus brakhialis. Adanya lipatan kulit yang berlebih di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi (Marmi,2012 : 219).

g) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernapasaan yang normal, dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tariakan sternum atau interkostal pada saat bernafas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik serta tampak simetris (Saifuddin,2009 : 312).

h) Punggung

Melihat adanya benjolan atau tumor serta tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna (Saifuddin,2009 : 214). Pada bokong bayi yang mengalami diaper rash akan timbul bintik-bintik merah (Marmi,2012:211).

i) Abdomen

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya

pembengkakan, jika perut sangat cekung kemungkinan adanya hernia diafragmatika. Abdomen membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor. Jika perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau ductus omfalotrikus persisten (Marmi, 2012 : 246).

j) Genetalia

(1) Laki-laki

Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia serta epispadia (Marmi, 2012 : 247)

(2) Perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan pengaruh hormone ibu. Pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Fraser, 2011 : 168).

k) Anus

Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya, mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya

mekonium plug sindrom, megakolon atau obstruksi saluran cerna (Marmi, 2012 : 248).

l) Ekstremitas

Ukuran setiap tulang harus proposional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris harus terdapat 10 jari. Telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan. Sindaktili merupakan penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada setiap jari. Panjang tulang pada ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Lekukan harus dikaji untuk menjamin simetrisitas. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong beresiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Walsh, 2008 : 169).

m) Kulit dan kuku

Dalam keadaan normal kulit berwarna kemerahan terkadang kulit mengelupas ringan. Pengelupasan yang berlebihan kemungkinan adanya kelainan. Waspada timbulnya kulit dengan warna yang tidak rata (Cutis Marmorata), Telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak-bercak besar biru yang sering terdapat di sekitar bokong

(mongolian spot) akan menghilang pada umur 1-5 tahun (Saifuddin,2009:309).

Pada bayi dengan miliriasis akan timbul gelembung kecil berisi cairan di seluruh tubuh (Marmi,2012 : 284).

5) Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas sistem saraf. Baik respons yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab terjadinya masalah (Varey dkk,2008: 923).

a) Reflek berkedip (*glabellar reflex*)

Ketuk daerah pangkal hidung secara perlahan dengan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan berkedip pada 4-5 ketukan permata (Marmi,2012: 70).

b) Reflek mencari (*rooting reflex*)

Saat pipi disentuh, maka bayi akan menoleh ke arah sentuhan dan berusaha menemukan pusat sentuhan dengan mulut membuka (Indrayani, 2013).

c) Reflek menghisap (*suckling reflek*)

Rangsangan puting susu pada langit-langit bayi menimbulkan reflek menghisap (Wiknojosastro, 2008:134).

d) Reflek menelan (*Swallowing reflex*)

Kumpulan Air Susu Ibu (ASI) di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk

meningkatkan reflek menelan dan mendorong Air Susu Ibu (ASI) ke dalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2008:134).

e) Reflek menoleh (*tonikneck reflex*)

Ekstremitas pada satu sisi diman kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi jika kepala bayi ditolehkan kesatu sisi selagi istirahat (Marmi, 2012:72).

f) Reflek terkejut (*morro reflex*)

Timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan (Marmi, 2012:71).

g) Reflek menggenggam (*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah obyek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Ladewig, 2008).

h) Refleks *galanf's*

Cara mengukurnya dengan gores punggung bayi sepanjang sisi tulang belakang dari bahu sampai bokong. Pada kondisi normal punggung bergerak ke arah samping apabila distimulasi, dijumpai pada usia 4-8 minggu pertama. Kondisi patologis bila tidak adanya refleks menunjukkan lensi *medulaspinalis transversal* (Hidayat, 2008).

i) Refleksi babinsky

Ketika telapak kaki digores bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Indrayani, 2013).

j) Refleksi ekstruksi

Bayi baru lahir menjulurkan lidah keluar jika ujung lidah disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2012: 72)

k) Reflek melangkah (*stepping reflex*)

Cara mengukurnya dengan memegang bayi sehingga kakinya sedikit menyentuh permukaan yang keras. Pada kondisi normal kaki akan bergerak ke atas dan ke bawah jika sedikit disentuh ke permukaan keras, dijumpai pada usia 4-8 minggu pertama. Kondisi patologis apabila refleksi menetap melebihi 4-8 minggu merupakan keadaan abnormal (Hidayat, 2008).

l) Refleksi merangkak (*crawling reflex*)

Bayi akan berusaha untuk merangkak kedepan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada permukaan datar (Marmi, 2012: 72).

c. Diagnosa Kebidanan

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan dengan keadaan umum baik.

1) Tujuan : Bayi Baru Lahir (BBL) dapat melewati masa transisi dari intrauterin ke ekstrauterin tanpa terjadi komplikasi.

2) Kriteria : Keadaan Umum (KU) baik

Tanda-Tanda Vital (TTV) normal menurut Indrayani (2013: 328-329) adalah sebagai berikut :

S : 36,5°C sampai dengan 37,5°C

N : 120-160 kali permenit

RR : 40-60 kali permenit

- a) Bayi dapat menyusu dengan kuat
- b) Bayi dapat menangis dengan kuat serta bergerak dengan aktif

Intervensi menurut Marmi (2012: 87-88) adalah sebagai berikut :

- a) Jaga keadaan tali pusat agar tetap bersih dan kering
R/ tali pusat yang basah atau lembab dapat menjadikan infeksi (Wiknjosastro, 2008:130).
- b) Beritahu ibu atau keluarga mengenai tanda bahaya pada Bayi Baru Lahir (BBL)

R/ tanda bahaya pada Bayi Baru Lahir (BBL) yang diketahui sejak dini dapat menjegah terjadinya komplikasi yang lebih lanjut.

- c) Beri Air Susu Ibu (ASI) pada bayi setiap 2 sampai 3 jam.

R/ kapasitas lambung bayi sangat terbatas yaitu kurang dari 30 cc untuk Bayi Baru Lahir (BBL) cukup bulan. Air Susu Ibu (ASI) diberikan 2-3 jam sebagai waktu untuk mengosongkan lambung Bayi Baru Lahir (BBL). (Varney dkk, 2008: 157).

- d) Jaga Bayi Baru Lahir (BBL) tetap dalam keadaan yang bersih, hangat serta kering.

R/ suhu tubuh Bayi Baru Lahir (BBL) turun dengan cepat setelah lahir. Oleh karena itu, Bayi Baru Lahir (BBL) harus dirawat di tempat yang hangat. Selama beberapa hari pertama kehidupan, suhu bayi tidak stabil, berespon terhadap rangsangan ringan dengan fluktuasi yang cukup besar di atas atau dibawah suhu yang normal. Bayi Baru Lahir (BBL) harus segera dikeringkan untuk mengurangi kehilangan panas akibat evaporasi (Leveno, 2009: 389).

- e) Ukur suhu tubuh Bayi Baru Lahir (BBL) jika tampak sakit atau tidak dapat menyusu dengan baik.

R/ suhu normal pada bayi adalah $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$. Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi pada bayi.

f) Mandikan bayi setelah 6 jam setelah kelahirannya

R/ hipotermi mudah terjadi pada Bayi Baru Lahir (BBL) dengan keadaan basah.

1) Potensi Masalah

a) Masalah 1 : Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi pada Bayi Baru Lahir (BBL).

Kriteria menurut Ladewig (2008: 389) adalah sebagai berikut :

(1) Kadar glukosa dalam darah Bayi Baru Lahir (BBL) lebih dari 45 mg/dL

(2) Tidak terdapat tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang-kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, tidak mau minum Air Susu Ibu (ASI), tangisan lemah dan hipotermi.

Intervensi menurut Ladewig (2008: 389) adalah sebagai berikut :

(1) Kaji Bayi Baru Lahir (BBL) dan catat setiap faktor resiko.

R/ bayi preterm, bayi dari ibu yang menderita diabetes, Bayi Baru Lahir (BBL) dengan asfiksia, hipotermi, sepsis atau polisitemia termasuk yang beresiko mengalami hipoglikemi.

- (2) Kaji kadar glukosa dari Bayi Baru Lahir (BBL) dengan menggunakan strip-kimia pada 1-2 jam setelah kelahiran.

R/ bayi yang mengalami resiko harus dikaji kurang dari 2 jam setelah kelahiran, dan saat sebelum pemberian Air Susu Ibu (ASI).

- (3) Kaji pada semua Bayi Baru Lahir (BBL) untuk tanda-tanda hipoglikemi

R/ tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut pada Bayi Baru Lahir (BBL).

- (4) Berikan Air Susu Ibu (ASI) lebih awal atau glukosa 5-10% bagi Bayi Baru Lahir (BBL) yang menderita hipoglikemia.

R/ nutrisi yang terpenuhi pada Bayi Baru Lahir (BBL) akan mencegah terjadinya hipoglikemia.

- (5) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman pada Bayi Baru Lahir (BBL) saat istirahat dan mempertahankan suhu lingkungan agar tetap hangat.

R/ tindakan yang dilakukan tersebut akan mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat energi Bayi Baru Lahir (BBL) .

2) Masalah 2 : Hipotermi

Tujuan : tidak terjadi Hipotermi pada Bayi Baru Lahir (BBL)

Kriteria :

a) suhu bayi $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$ (Indrayani, 2013).

b) Tidak terdapat tanda-tanda hipotermi seperti bayi tidak mau minum Air Susu Ibu (ASI) atau menyusui, tampak lesu, tubuh bayi terasa dingin, denyut jantung janin menurun, kulit bayi mengeras atau sklerema (Saifuddin, 2008: 291).

Intervensi :

(1) kaji suhu tubuh Bayi Baru Lahir (BBL), baik dengan menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit menurut Ladewig (2008, 390).

R/ penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang menjadi indikator awal stres dingin Bayi Baru Lahir (BBL)

(2) tanda-tanda hipotermi

R/ selain sebagai gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian (Saifuddin, 2008: 375).

(3) Cegah kehilangan panas pada tubuh Bayi Baru Lahir (BBL), misalnya dengan mengeringkan tubuh bayi dan mengganti segera popok yang basah.

R/ bayi dapat mengalami kehilangan panas melalui evaporasi.

3) Masalah 3 : ikterik

Tujuan : ikterik tidak terjadi pada Bayi Baru Lahir (BBL)

Kriteria menurut Ladewig (2008: 391) adalah sebagai berikut :

- (1) Kadar bilirubin serum kurang dari 12,9 mg/dL
- (2) Tidak ada tanda-tanda ikterus pada Bayi Baru Lahir (BBL) seperti warna kuning pada kulit, mukosa, sklera dan urine.

Intervensi menurut Marmi (2012: 347) antara lain adalah sebagai berikut :

- (1) Mengkaji faktor resiko

R/ riwayat prenatal mengenai imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamida atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning adalah indikasi penyakit hemolitik tertentu yang merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

(2) Mengkaji tanda gejala klinis pada iktrik

R/ penerimaan Air Susu Ibu (ASI) yang buruk, letargi, gemetar, menangis kuat serta tidak adanya refleks moro merupakan tanda awal adanya ensepalopati bilirubin.

(3) Berikan Air Susu Ibu (ASI) segera mungkin dan lanjutkan setiap 2 sampai 4 jam.

R/ mekonium memiliki kandungan bilirubin yang sangat tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi maka mekonium akan mudah keluar (Varney dkk, 2008: 158).

(4) Jemur bayi pada matahari pagi sekitar jam 7-9 selama 10 menit.

R/ akan mengurangi senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan.

4) Masalah 4 : seborrhea

Tujuan : tidak terjadi seborrhea pada bayi

Kriteria :

(1) Tidak timbul ruam tebal berkeropeng berwarna kuning pada kulit kepala

(2) Kulit kepala terlihat bersih

Intervensi menurut Marmi (2012: 342) adalah sebagai berikut :

- (1) Cuci kepala bayi menggunakan shampo bayi yang lembut sebanyak 2 sampai dengan 3 kali dalam seminggu.

R/ harus menggunakan shampo bayi karena kulit bayi yang masih sensitif

- (2) Oleskan krim *hydrocortisone*.

R/ krim *hydrocortisone* mengandung asam salisilat yang memiliki fungsi membasmi ketombe.

- (3) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan oleh jamur dapat dengan mencuci rambut bayi pada setiap hari serta pijit kulit kepala dengan shampo khusus bayi secara perlahan.

R/ hal tersebut dapat menghilangkan jamur lewat seriphan kulit yang lepas.

- (4) Periksa ke dokter apabila keadaan semakin memburuk

R/ penatalaksanaan lebih lanjut.

5) Masalah 5 : Miliariasis

Tujuan : Miliariasis yang dialami dapat teratasi

Kriteria : tidak ada bintik-bintik kecil yang berisi cairan pada seluruh tubuh.

Intervensi menurut Varney (2008: 159) adalah sebagai berikut :

(1) Mandikan bayi secara teratur 2 kali setiap hari

R/ memandikan bayi 2 kali setiap hari akan membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringan berlebih.

(2) Jika bayi berkeringat, seka keringat sesering mungkin dengan menggunakan handuk, lap kering, atau dengan menggunakan washlap basah.

R/ mengurangi resiko terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

(3) Hindari penggunaan bedak secara berlebihan tanpa mengeringkan atau menyeka terlebih dahulu kulit bayi yang basah atau berkeringat.

R/ pemakaian bedak yang berlebih akan mengakibatkan sumbatan pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah Miliariasis .

(4) Kenakan pakaian yang dapat menyerap keringat atau yang berbahan katun pada bayi

R/ bahan katun dapat menyerap keringat yang berlebih.

(5) Lakukan rujukan apabila timbul keluhan seperti gatal, luka atau lecet, rewel dan sulit tidur.

R/ penatalaksanaan lebih lanjut

b) Masalah 6 : Muntah dan Gumoh

Tujuan : bayi tidak mengalami muntah dan gumoh setelah diberikan asuhan oleh bidan (setelah diberi minum)

Kriteria :

(1) Bayi tidak mengalami muntah dan gumoh setelah diberi minum.

(2) Bayi tidak rewel.

Intervensi menurut Marmi (2012: 368) adalah sebagai berikut :

(1) Sendawakan bayi setelah menyusui

R/ akan membantu mengeluarkan udara yang masuk ke dalam perut bayi setelah menyusui.

(2) Hentikan menyusui bayi jika bayi mulai rewel atau menangis.

R/ mengurangi udara yang masuk ke dalam perut secara berlebihan.

c) Masalah 7 : *Oral trush*

Tujuan : *Oral trush* tidak terjadi

Kriteria : mulut bayi tampak bersih

Intervensi menurut Marmi (2012: 369) adalah sebagai berikut :

(1) Bersihkan mulut bayi dengan menggunakan air matang setelah menyusu

(2) R/ mulut yang bersih akan mengurangi terjadinya kembang jamur atau *candida albicans* penyebab *Oral trush*.

(3) Jika bayi minum susu formula dengan menggunakan botol, maka cuci bersih botol serta dot setelah itu seduh dengan menggunakan air mendidih atau bisa juga dengan direbus hingga mendidih sebelum digunakan.

R/ mematikan kuman dengan suhu tubuh tertentu.

d) Masalah 8 : Diaper Rush

Tujuan : Tidak terjadi Diaper Rush

Kriteria : Tidak timbul merah pada bokong

Intervensi menurut (Marmi, 2012: 370) :

(1) Perhatikan daya tampung dari diaper, jika penuh ganti dengan baru

R/ Menjaga kebersihan sekitar genetalia sampai anus.

(2) Hindari pemakaian diaper yang selalu sering.

Gunakan diaper saat membutuhkan

R/Mencegah timbulnya Diaper Rush

(3) Bersihkan sekitar genetalia dan anus jika bayi Buang Air Besar (BAB) dan Buang Air Kecil (BAK), jangan sampai ada sisa urin atau kotoran dikulit bayi.

R/ Kotoran dan cairan yang bercampur menghasilkan zat yang menyebabkan peningkatan pH kulit dan enzim. Tingkat kesamaan kulit yang tinggi membuat kulit lebih peka, sehingga memudahkan terjadinya iritasi

(4) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan

R/ Kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

d. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri kesehatan RI Nomer 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar Asuhan Kebidanan, Bidan melaksanakan rencana asuhan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan evidence based kepada klien atau pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan Dengan kriteria :

- 1) Memperhatikan keunikan ibu sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural .

- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarganya (Inform consent)
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- 4) Melibatkan klie dan keluarga
- 5) Menjaga privacy

e. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar Asuhan Kebidanan, bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria :

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- 2) Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien atau keluarga.
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- 4) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien.

f. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan dengan kriteria :

1) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia.

2) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S adalah data subjektif untuk mencatat hasil anamnesa

O adalah data objektif untuk mencatat hasil perkembangan

A adalah hasil analisa untuk mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi atau *follow up* dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi diatas dilakukan untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, Bayi Baru Lahir (BBL) dan Keluarga Berencana (KB).

2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Kebidanan pada Masa Nifas

1. Data Subjektif

a. Identitas

1) Nama

Nama jelas serta lengkap, apabila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan medis (Ambarwati, 2010: 275).

2) Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti usia ibu yang kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental serta psikisnya belum siap. Sedangkan pada ibu dengan umur lebih dari 35 tahun rentang sekali terjadi perdarahan dalam masa nifas yang dialami oleh ibu (Ambarwati, 2010: 275).

3) Agama

Mengetahui keyakinan ibu tersebut untuk membimbing atau mengarahkan ibu dalam berdoa (Kuswanti, 2014).

4) Pendidikan

Berpengaruh terhadap tindakan kebidanan, untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikan ibu (Marmi, 2015).

5) Suku/bangsa

Pengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari untuk mengetahui larangan-larangan yang ada dalam masyarakat serta memperbaiki pengertian yang salah dari masyarakat. Seperti larangan ibu tidak boleh makan daging atau telur setelah persalinan.

6) Pekerjaan

Berfungsi untuk mengetahui serta mengukur tingkat sosial ekonomi ibu serta keluarga, karena ini akan mempengaruhi status gizi ibu (Ambarwati, 2010)

7) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah oleh bidan apabila diperlukan (Kuswanti, 2014).

8) Penghasilan

Penghasilan yang minim, sedikit, atau bahkan putus kerja karena berbagai alasan dapat menambah sulitnya masalah sosial ekonomi yang dialami ibu serta keluarga, sehingga mempengaruhi status gizi ibu serta bayinya (Manuaba, 2012:235).

b. Keluhan Utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum (Ambarwati, 2014: 277).

Sedangkan menurut Varney (2008: 141), keluhan yang sering dialami ibu dalam masa nifas antara lain sebagai berikut :

1) After pain

Nyeri setelah kelahiran disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus yang terjadi secara terus menerus. Nyeri hebat yang dirasakan disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten berbeda pada wanita primipara, tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

2) Keringat berlebih

Wanita pascapartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini, serta diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan.

3) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan oleh kombinasi, akumulasi, dan stasis Air Susu Ibu (ASI) serta peningkatan vaskularitas serta kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat Air Susu Ibu (ASI) yang meningkat. Pada sekitar hari ke-3 pascapartum baik pada ibu menyusui maupun pada ibu yang tidak menyusui, berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekanan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama

jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh.

4) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan yang dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi, episiotomi, jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

5) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen serta ketidaknyamanan jahitan robekan perineum.

6) Hemoroid

Jika ibu mengalami hemoroid, mungkin ibu akan merasa nyeri selama beberapa hari, jika terjadi selama kehamilan. Hemoroid menjadi tereumatis dan menjadi edema selama ibu mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi yang distensi saat melahirkan.

c. Riwayat Obstetri

1) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu.

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, berapa jumlah anak, bagaimana cara persalinan yang lalu, siapa penolong persalinan, serta bagaimana keadaan nifas yang lalu (Marmi, 2015).

2) Riwayat persalinan sekarang

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi Panjang Badan (PB), Berat Badan (BB), penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami gangguan atau tidak yang bisa berpengaruh pada nifas saat ini (Ambarwati,2010).

3) Riwayat kesehatan

a) Anemia

Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berngaruh pada masa nifas yang menyebabkan terjadi subinvolusi uteri, menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran Air Susu Ibu yang berkurang, terjadi dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia pada saat nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2012:240).

b) Penyakit TBC

Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dianjurkan untuk memberikan Air Susu Ibu (ASI) kepada bayinya karena dapat menular (Manuaba, 2012:336).

c) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi seperti bentuk Lues Kongenital (Pemfigus Sifilitus, Deskuamasi kulit

telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi) (Manuaba, 2012:338).

d) Penyakit asma

Pada persalinan kala II, diafragma dan pari-paru dapat membantu mempercepat persalinan dengan jalan mengejan dan menahan nafas. Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O_2 dan CO_2 (Manuaba, 2012:336).

e) Pengaruh penyakit jantung dalam masa nifas menurut Manuaba (2012:337) adalah :

(1) Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba jatuh kolaps.

Yang disebabkan darah ibu tiba-tiba mengalir deras ke tubuh ibu sehingga kerja jantung bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.

(2) Saat laktasi, kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk Air Susu Ibu.

(3) Mudah terjadi infeksi post partum, yang mengakibatkan kerja jantung bertambah.

(4) Ibu yang pernah mengalami hipertensi pada saat kehamilan dapat dialaminya hingga pascapartum (Fraser dkk, 2009:629).

4) Riwayat Nifas Sekarang

Menganjurkan ibu untuk terus menyusui bayinya, karena menyusui dapat melindungi bayi dari alergi tertentu (Fraser dkk, 2009:323).

5) Riwayat kebidanan

a) Riwayat haid

Dengan memberikan Air Susu Ibu (ASI) kembalinya menstruasi atau haid sulit dipastikan. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. (Manuaba, 2012:203). Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan lagi haidnya selamameneteki (Saifuddin,2014:129)

b) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada perdarahan post partum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa masalah. Ibu yang menyusui sampai 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga dengan warna merah. Lochea serosa hari keempat sampai kesembilan dengan warna kecoklatan. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelimabelas dengan warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus serta ibu yang meneteki

kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan Air Susu Ibu akan menyebabkan terjadinya abses payudara dan harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba.2012:201).

c) Riwayat KB

Biasanya ibu belum menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ibu tersebut mendapatkan lagi haidnya selama ibu tersebut memberikan Air Susu Ibu secara Eksklusif. Oleh karena itu, Metode Amenorhe Laktasi (MAL) dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru (Saifuddin,2014:129). Menurut Manuaba (2012:204) Pemeriksaan postpartum merupakan waktu yang tepat untuk membicarakan metode Keluarga Berencana untuk menjarangkan atau menghentikan kehamilan. Khusus untuk mendapatkan pelayanan kontak wanita Metode Operasi Wanita (MOW). Pelayanan kontak dapat dilayani setiap saat dikehendak kepada ibu dengan indikasi tertentu.

d) Data Fungsional Kesehatan

Data riwayat kesehatan dapat digunakan untuk melihat adanya penyulit masa nifas (Sulisyawati, 2011:306).

(1) Pola nutrisi

(a) Makan

Hal ini perlu diketahui untuk melihat bagaimana ibu mencukupi asupan gizinya selama hamil. Beberapa hal yang perlu dikaji antara lain adalah Menu (berkaitan dengan pola diet berimbang bagi ibu postpartum), Frekuensi (berkaitan dengan petunjuk seberapa banyak asupan makanan yang di makan), Banyak (berkaitan dengan informasi tentang seberapa banyak makanan yang ibu makan dalam satu kali waktu makan), Pantangan (penting untuk ditanyakan karena ada kemungkinan pasien berpantang makanan yang justru sangat mendukung pemulihan fisiknya, misalnya : daging, ikan, telur).

(b) Minum

Hal ini perlu diketahui untuk memperoleh data mengenai kebiasaan ibu dalam pemenuhan kebutuhan cairannya, terutama pada masa nifas in take, sangat dibutuhkan cairan yang cukup. Yang perlu dikaji antara lain adalah Frekuensi (berapa kali ibu minum dalam sehari serta berapa gelas dalam sekali minum), Jumlah (frekuensi minum

dikalikan seberapa banyak ibu dalam sekali minum akan diperoleh in take cairan dalam sehari).

(c) Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan Buang Air Besar (BAB) dengan meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi, bau serta kebiasaan Buang Air Kecil meliputi frekuensi, warna, jumlah serta bau.

(d) Pola istirahat

Istirahat sangat diperlukan oleh ibu dalam masa post partum. Pemenuhan kebutuhan istirahat pada siang hari sangat penting untuk mempercepat pemulihan kondisi fisik serta istirahat malam hari rata-rata waktu yang diperlukan adalah 6-8 jam per hari.

(2) Aktivitas sehari-hari

Menggambarkan seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan ibu dirumah. Jika pekerjaan ibu terlalu berat dapat menyebabkan pendarahan pervaginam.

(3) Personal hygiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah vagina dengan sabun dan air mengalir yang bersih. Sarankan kepada ibu untuk mengganti pembalut

atau kain pembalut setidaknya dua kali dalam sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah vagina (Saifuddin.2014:127).

Anjurkan ibu untuk memakaian pakaian yang longgar terutama di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak perlu menggunakan baju dengan kencang karena tidak akan mempengaruhi involusi. Pakaian sebaiknya yang dapat menyerap keringat. Kassa pembalut sebaiknya diganti setiap saat terasa penuh dengan lochea (Manuaba.2012:202).

(4) Aktivitas

Jelaskan pada ibu tentang pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul. Jelaskan juga bahwa senam nifas beberapa menit setiap hari sangat membantu, seperti mengurangi rasa sakit pada punggung (Saifuddin, 2014:127).

(5) Aktivitas seksual

Hal yang perlu dikaji antara lain yaitu, Frekuensi berapa kali ibu melakukan hubungan seksual dalam seminggu. Gangguan apakah yang mengganggu ketika melakukan hubungan seksual.

(6) Riwayat Perkawinan

Yang perlu dikaji adalah berapa kali menikah, bagaimana status pernikahannya sah atau tidak, karena jika melahirkan bayi tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologisnya ibu sehingga akan mempengaruhi proses nifas (Ambarwati, 2010 : 276)

(7) Kehidupan sosial budaya

Untuk mengetahui ibu serta keluarga yang menganut adat istiadat yang akan menguntungkan atau merugikan ibu khususnya pada masa nifas misalnya pada kebiasaan pantangan makan (Fraser, 2011: 290).

(8) Data Psikososial

Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap kelahiran bayinya, ibu akan mengalami banyak perubahan emosi serta psikologis selama masa nifas, dan ibu akan menyesuaikan diri menjadi seorang ibu (Ambarwati, 2011: 277).

(9) Data Pengetahuan

Untuk mengetahui seberapa jauh pengetahuan ibu tentang perawatan setelah melahirkan sehingga akan memperlancar masa nifas (Ambarwati, 2010).

(10) Riwayat Psikososial Spiritual

Menurut marmi (2015 ; 113-114) pembagian masa nifas adalah sebagai berikut :

a) Fase taking in

Pereode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama dan kedua setelah melahirkan. Pada saat itu fokus dan perhatian ibu adalah pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya.

b) Fase taking hold

Hari kedua masa nifas berlangsung antara tiga sampai sepuluh hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggungjawabnya dalam merawat bayi. Pada fase ini ibu memerlukan dukungan. Saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk untuk menerima penyuluhan untuk merawat diri dan bayinya sehingga timbul rasa percaya diri.

c) Fase leting go

Fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya sudah meningkat.

2. Data Obyektif

Dalam melengkapi data dalam menegakkan diagnosa seorang bidan harus melakukan pengkajian data secara obyektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi serta perkusi yang dilakukan secara berurutan menurut Sulistyawati (2009: 304).

Dengan menggunakan langkah-langkah pemriksaan sebagai berikut :

a. Pemeriksaan umum

1) Keadaan umum

Menurut sulistyawati (2009: 305) mengamati keadaan umum ibu secara menyeluruh dan selanjutnya hasil pengamatan dilaporkan dengan kriteria :

a) Baik

Dalam kriteria baik jika memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain disekitarnya.

b) Lemah

Dalam kriteria lemah jika kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain disekitarnya.

2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran mengenai ibu, dapat dilakukan dengan pengkajian derajat kesadaran dari keadaan

composmetis (kesadaran maksimal) sampai coma (klien tidak dalam keadaan sadar). (Sulistyawati, 2010: 306).

3) Tanda-Tanda Vital (TTV)

a) Tekanan Darah (TD)

Setelah melahirkan ibu seringkali mengalami peningkatan tekanan darah sistolik dan diastolik, yang akan kembali secara spontan menjadi normal. (verney dkk, 2007:961).

b) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan, akan kembali normal setelah beberapa jam pertama pasca partum. Hemoragi, Demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat mempengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi lebih dari 100 selama puerperium mengidentifikasi keabnormalan dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pasca partum lambat (verney dkk, 2008:961).

c) Suhu

Suhu 38°C atau lebih yang terjadi pada hari ke2 sampai hari ke 10 post partum dengan dikur secara peroral sedikitnya 4 kali dalam sehari disebut sebagai morbiditas puerperalis. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi di dalam masa nifas, dianggap sebagai indikasi terjadinya infeksi

nifas jika tidak ditemui sebab-sebab ekstragenetal (Saifudin, 2014: 961).

b. Pemeriksaan fisik

1) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal dengan warna merah muda, bila pucat menandakan ibu mengalami anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu menderita infeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis, kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklamsia (Romauli, 174).

2) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembengkakan limfe dan tidak ditemukan bendungn vena jugularis (Romauli, 201: 174).

3) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut, yaitu puting susu pecah,pendek,rata, nyeri tekan, abses, produksi Air Susu Ibu (ASI) terhenti serta bagaimana pengeluaran Air Susu Ibu (Saifudin, 2014: 124).

Pada laktasi normal kolostrom merupakan cairan yang pertama kali diproduksi oleh kelenjar payudara ibu yang baru melahirkan dihasilkan dalam waktu 24 jam pertama setelah

melahirkan, berwarna kuning atau jernih, merupakan manahan yang sangat kaya akan anti infeksi. ASI matang akan dikeluarkan kira-kira dimulai pada hari ke-14 (Suhemi, 2009 : 271).

4) Abdomen

pada abdomen kita harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, serta ukuran kandung kemih (Saifudin, 2014;124).

Menurut Varney, dkk (2008: 1064), pemeriksaan abdomen pascapartum dilakukan selama periode pascapartum dari 1 jam – 5 hari, yang meliputi tindakan sebagai berikut :

a) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam pemeriksaan kandung kemih mencari secara spesifik distensi yang disebabkan oleh retensi urin akibat hipotonisitas kandung kemih yang mengakibatkan trauma melahirkan. Kondisi ini dapat mengakibatkan ibu mengalami infeksi pada kandung kemih.

b) Pemeriksaan uterus

Menentukan lokasi, ukuran, serta konsistensi.

Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan menentukan apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilikus, apakah fundus berada berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi serta menentukan apakah

ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi. Tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri khas kers dan lunak.

c) Evaluasi tonus otot abdomen

Jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Diastasis adalah derajat pemisahan otot rektus dengan abdomen atau rektus abdominis. Pemisahan ini diukur dengan lebar jari ketika otot-otot abdomen berkontraksi dan ketika otot-otot tersebut relaksasi. Diastasis rekti diukur dengan cara :

- (1) Atur posisi ibu berbaring terlentang datar tanpa bantal.
- (2) Tempatkan ujung-ujung jari salah satu tangan pemeriksa pada garis tengah abdomen dengan ujung jari telunjuk tepat dibawah umbilikus dan jari-jari yang lain berbaris longitudinal kebawah kearah simfisis pubis. Tepi jari-jari harus menyentuh satu sama lain.
- (3) Meminta ibu menaikkan kepalanya dan berupaya meletakkan dagu didadanya, di area antara payudaranya. pastikan ibu tidak menekan tangannya ditempat tidur atau mencengkram matras untuk membantunya, karena akan mencegah penggunaan otot-otot abdomen.

- (4) Ketika ibu berupaya meletakkan dagunya diantara payudara, tekan ujung-ujung jari pemeriksa dengan perlahan dekat dengan abdomen. pemeriksa akan merasakan otot-otot abdomen layaknya dua bebat akret, yang mendekati garis tengah dari kedua sisi. Apabila diastasinya lebar pemeriksa perlu menggerakkan jari dari sisi kesisi dalam upaya menemukan otot tersebut, meskipun otot sudah dikontraksikan.
- (5) Ukuran antara dua jarak otot rektus ketika otot-otot tersebut dikontraksi dengan menempatkan jari-jari pemeriksa datar dan paralel terhadap garis tengah serta isi ruang antara otot rektus dengan jari-jari. Lakukan pencatatan jumlah lebar jari antara sisi median dua otot rektus.
- (6) Selajutnya tempatkan ujung-ujung jari satu tangan sepanjang salah satu sisi median otot rektus abdomen dan ujung-ujung jari tangan yang lain sepanjang sisi median otot rektus abdominus yang lain. Jika diposisikan dengan benar bagian punggung tangan pemeriksa harus menghadap satu sama lain pada garis tengah abdomen.
- (7) Minta ibu untuk menurunkan kepalanya secara berpalahan kepoisi bersandar ketempat tidur.

(8) Ketika ibu menurunkan kepalanya, otot rektus akan bergerak lebih jauh memisah dan kurang dapat dibedakan ketika otot relaksasi. Ujung-ujung jari pemeriksa menutupi otot rektus ketika otot tersebut bergerak memisahkan ke sisi lateral masing-masing pada abdomen. Pemeriksaan ini memungkinkan pemeriksa untuk tetap mengidentifikasi otot-otot tersebut ketika berada dalam keadaan relaksasi.

(9) Ukur jarak antara kedua otot rektus ketika dalam keadaan relaksasi sebagaimana pengukurnya pada saat kontraksi. Lakukan pencatatan jumlah lebar jari diantara tepi median kedua otot rektus.

(10) Lakukan pencatatan hasil pemeriksaan sebagai suatu pecahan yang didalamnya pembilang mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot mengalami kontraksi dan pembagi mewakili lebar diasdiastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot relaksasi misalnya diastasis yang ukurannya dua lebar jari otot-otot berkontraksi dan lima lebar jari ketika

otot-otot relaksasi akan di catat sebagai berikut :

diastasis = $\frac{2}{5}$ jarirangkaian pengukuran tersebut dapat

tertulis sebagai berikut : diastasis = dua jari ketika otot-

otot berkontraksi dan lima jari ketika otot-otot relaksasi.

5) Genetalia

Pemeriksaan pada tipe, kuantitas, serta bau lokia (Varney, 2008:143). Selain itu, pada genetalia yang harus diperiksa adalah pengluaran lokia. Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan, luka dan hemoroid (Saifudin, 2008:371).

6) Ekstermits

Flagmasia alba dolens merupakan salah satu bentuk infeksi peureralis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2012 : 186).

c. Pemriksaan Penunjang

Pemeriksaan serta pengawasan Hemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan dengan menggunakan alat sahli. Hasil pemeriksaan Hemoglobin (Hb) dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut : Tidak anemia jika Hemoglobin (Hb) 11g%, anemia ringan jika Hemoglobin (Hb) 9-10 g%, anemia sedang jika Hemoglobin (Hb) 7-8 g%, anemia berat jika <7 g% (Manuaba, 2010 : 187).

Terapi yang didapat dilakukan :

Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut sulistyawati (2009: 304) adalah sebagai berikut :

- 1) penambah darah atau tablet zat besi (Fe) sebanyak 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin.
- 2) Vitamin A 200.000 agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui Air Susu Ibu (ASI).

3. Diagnosa Kebidanan

Menurut keputusan kementrian kesehatan RI No.938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standart asuhan kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikanya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa serta masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria sebagai berikut :

- a) Diagnosa sesuai dengan asuhan kebidanan
- b) Masalah dirumuskan sesuai kondisi ibu atau klien
- c) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi serta rujukan.

Diagnosa P...A...hari ...post partum normal dengan keadaan umum ibu baik atau tidak baik (Sulistyawati, 2009 ;305). PAPIAH, post partum hari ke ..., laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan

gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, after pain, pembengkakan payudara (Varney, et all. 2007 ; 144).

4. Intervensi

Menurut kementrian kesehatan RI No.938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standart asuhan kebidanan, bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa masalah yang ditegakkan. Dengan kriteria sebagai berikut :

- a) Rencana tindakan disusun sesuai prioritas masalah dan kondisi ibu, tindakan yang dilakukan segera, tindakan antisipsi, dan asuhan secara komprehensif.
- b) Melibatkan ibu, suami atau anggota keluarga yang lain
- c) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya ibu serta keluarga
- d) Memilih tindakan yang aman dan nyaman sesuai kondisi dan kebutuhan ibu berdasarkan avidence based serta memastikan jika asuhan yang diberikan bermanfaat untuk ibu.
- e) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.

- 1) Diagnosa : PAPIAH, Post partum hari ke..., laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, after pain, pembengkakan payudara (Sulistyawati, 2009: 305).

2) Tujuan : Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi

Kriteria : Menurut (Manuaba, 2010 : 188) adalah :

(a) Keadaan Umum (KU) : Kesadaran komposmetis

(b) Kontraksi uterus baik, bundar serta keras

(c) Tanda-Tanda Vital (TTV) :

TD : 110/70-130/90 mmHg

N : 60-80 x/menit

S : 36-37,5° C

R : 16-24 x/menit

(Sulistyawati, 2009:307).

3) Involusi uterus normal

Tabel 2.8
Involusi uterus

Involusi uterus	Tinggi Fundus uteri	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm	Lembut/lunak
7 hari (1 minggu)	Pertengahan pusat dan symphysis	500 gram	7,5 cm	2 cm
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gram	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm	Menyempit

Sumber (Ambarwati, 2010 : 346).

4) lochea normal:

lochea rubra (kruenta) keluar pada hari ke 1 sampai 3, dengan warna merah serta hitam. Lochea sanguinolenta keluar pada hari ke 3 sampai hari ke 7 dengan warna putih bercampur merah. Lochea serosa keluar dari hari ke 7 sampai dengan hari ke 14 dengan warna kekuningan. Sedangkan lochea alba keluar setelah hari ke 14 dengan warna putih (Manuaba, 2010: 189).

(a) Keadaan Umum (KU) baik

Tekanan Darah (TD): 100/60 mmHg sampai dengan 130/80 mmHg

Pernafasan : 30-60 kali permenit

Suhu : 36,5°C sampai 37,5°C

Nadi : 60-100x/menit

Intervensi :

(1) lakukan pemeriksaan Keadaan Umum (KU), Tanda-

Tanda Vital (TTV), laktasi, involusi, serta lochea

R/ menilai status ibu, serta mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi (Saifuddin, 2010)

(2) anjurkan ibu untuk menyusui bayinya

R/ menyusui bayi secara dini akan mencegah terjadinya paparan terhadap substansi atau gizi dari makanan atau

minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saifuddin, 2009: 376).

(3) jelaskan kepada ibu mengenai senam nifas

R/ latihan yang tepat untuk memulihkan atau mengembalikan keadaan tubuh menjadi seperti semula (Mochtar, 2012: 69).

(4) beri konseling pada ibu mengenai Keluarga Berencana (KB) pascasalin.

R/ untuk menjarangkan kelahiran anak (Mochtar, 2012: 69).

(5) anjurkan ibu untuk mengimunisasikan bayinya dan rutin membawa bayinya ke posyandu setiap bulannya

R/ untuk mencegah penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan serta untuk melihat tumbuh kembang bayinya (Marmi, 2012: 296)

(b) kemungkinan masalah :

(1) masalah 1 : Retensi Urine

Tujuan : masalah Buang Air Kecil (BAK) teratasi

Kriteria : ibu dapat Buang Air Kecil (BAK) dengan lancar.

Intervensi menurut Sulistyawati (2009: 346), adalah sebagai berikut:

- (a) beri penjelasan kepada ibu mengenai bahaya menahan Buang Air Kecil (BAK)

R/ ibu memahami dan tidak menahan Buang Air Kecil (BAK)

- (b) beri penjelasan pada ibu jika berjongkok pada saat kencing tidak akan mengakibatkan robeknya jahitan pada perenium

R/ menghilangkan rasa takut kepada ibu pada saat Buang Air Kecil (BAK)

- (c) damping ibu ke kamar mandi jika keadaan ibu masih lemah

R/ agar ibu tidak merasa takut jika ingin Buang Air Besar (BAK)

- (d) anjurkan kepada ibu untuk banyak mengonsumsi air putih

R/ membantu memperlancar eliminasi Buang Air Kecil (BAK)

- (e) jika ibu benar-benar mengalami kesulitan Buang Air Kecil (BAK) pertimbangkan untuk melakukan *kateter nonpermanent*, selanjutnya lakukan latihan Buang Air Kecil (BAK) sendiri ke kamar mandi

dengan didampingi anggota keluarga dengan member rangsangan terlebih dahulu seperti siram kemaluan dengan air hangat kemudian air dingin secara bergantian.

R/ untuk mempermudah ibu yang takut Buang Air Kecil (BAK) dan menghindari dari terjadinya infeksi akibat menahan Buang Air Kecil (BAK).

(2) masalah 2 : konstipasi

Tujuan : masalah Buang Air Besar (BAB) teratasi

Kriteria : ibu dapat Buang Air Besar dengan lancar

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008: 371) antara lain sebagai berikut :

(a) beri penjelasan pada ibu mengenai pentingnya Buang Air Besar (BAB) sedini mungkin setelah melahirkan.

R/ ibu tidak akan menahan Buang Air Besar (BAB).

(b) yakinkan ibu jika berjongkok pada saat Buang Air Besar (BAB) tidak akan menyebabkan robekan pada luka bekas jahitan

R/ menghilangkan rasa takut kepada ibu akan robekan akibat mengejan pada saat Buang Air Besar (BAB).

(c) anjurkan ibu untuk banyak minum air putih serta mengkonsumsi makanan yang mengandung serat seperti sayur dan buah.

R/ akan membantu melunakkan feses pada saat Buang Air Besar (BAB).

(3) masalah 3 : nyeri pada luka jahitan pada perineum.

Tujuan : setelah diberikan asuhan, rasa nyeri yang dirasakan ibu akan berkurang

Kriteria : rasa nyeri pada ibu berkurang dan ibu dapat beraktivitas dengan baik.

Intervensi menurut Sulistyawati (2009: 136), antara lain adalah sebagai berikut :

(a) observasi luka jahitan perineum

R/ untuk mengkaji jahitan perineum serta mengetahui adanya infeksi.

(b) anjurkan iu untuk mandi dengan menggunakan air hangat

R/mengurangi rasa nyeri yang dirasakan ibu

(c) ajarkan kepada ibu mengenai perawatan perineum secara benar

R/ ibu dapat merawat perineumnya sendiri dengan baik dan benar serta untuk mencegah terjadinya infeksi.

(d) beri analgesic oral (paracetamol 500 mg setiap 4 jam atau jika perlu) kepada ibu.

R/ menurunkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu akan berkurang.

(4) masalah 4 : *after pain* atau kram pada perut

Tujuan : masalah kram perut yang dialami ibu dapat berkurang

Kriteria : rasa nyeri yang dialami ibu dapat berkurang serta aktivitas ibu tidak tertanggu.

Intervensi menurut Suherni (2009: 158), antara lain adalah sebagai berikut :

(a) anjurkan ibu untuk tidak menahan jika ingin Buang Air Kecil (BAK)

R/ kandung kemih yang penuh akan mengakibatkan tidak optimalnya kontraksi uterus dan menyebabkan pada rasa nyeri *after pain*.

(b) anjurkan pada ibu untuk tidur dengan posisi telungkup dan bantal di bawah perut ibu.

R/ menjaga kontraksi agar tetap baik serta mengurangi rasa nyeri yang dirasakan ibu.

(c) jika diperlukan, beri ibu analgesic (parasetamol, asam mefenamat, kodein, atau asetaminofen).

R/ meningkatkan ambang nyeri sehingga rasa nyeri yang dialami ibu dapat berkurang.

(5) masalah 5 : bendungan Air Susu Ibu (ASI)

tujuan : setelah diberikan asuhan oleh bidan, bendungan Air Susu Ibu (ASI) dapat teratasi

kriteria : payudara ibu tidak mengalami pembengkakan, kulit payudara tidak mengkilat serta merah, payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan tidak keras.

Intervensi menurut Manuaba (2010: 190), antara lain adalah sebagai berikut :

(a) anjurkan ibu untuk tidak mengosongkan Air Susu Ibu (ASI) dengan masase.

R/ pengosongan Air Susu Ibu (ASI) secara manual akan membantu mengurangi pembengkakan payudara.

(b) ajarkan pada ibu mengenai perawatan payudara

R/ perawatan payudara dapat melancarkan pengeluaran Air Susu Ibu (ASI)

(6) masalah 6 : Subinvolutio Uterus

Tujuan : setelah diberikan asuhan, uterus akan segera mengecil.

Kriteria : uterus dapat berkontraksi dengan baik, pengeluaran lochea cepat berubah, lochea tidak berbau, tidak terdapat gumpalan darah pada pengeluaran lochea, dan tekanan darah ibu normal.

Intervensi menurut Suherni (2009: 159) adalah sebagai berikut :

(a) anjurkan ibu mengkonsumsi makanan dengan gizi seimbang

R/ makanan yang memiliki gizi tinggi akan membantu mempercepat kembalinya uterus seperti bentuk semula.

(b) anjurkan kepada ibu untuk melakukan mobilisasi secara dini

R/ gerakan fisik akan mempercepat kembalinya ukuran uterus

(c) pemberian uterotonika pada ibu

R/ akan meningkatkan kontraksi uterus

5. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No.

938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien serta aman berdasarkan *evidence based* kepada klien atau ibu, dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*.

Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi serta rujukan. Dengan kriteria sebagai berikut :

- a) memperhatikan keistimewaan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
 - b) setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari ibu atau dari keluarga (*inform consent*).
 - c) melaksanakan tindakan asuhan kebidnan berdasarkan pada evidence based.
 - d) meliatkan klien/ibu
 - e) menjaga privasi klien
 - f) melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
 - g) mengikuti perkembangan kondisi ibu secara berkesinambungan
 - h) menggunakan sumberdaya, sarana serta fasilitas yang ada dan sesuai.
 - i) melakukan tindakan kepada ibu sesuai dengan standar.
 - j) melakukan pencatatan semua tindakan yang telah dilakukan.
6. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evalusi secara sistematis dn berkesinambungan untuk keefektifan dari asuhan yang telah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi ibu. Dengan kriteria sebagai berikut :

- a) penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi ibu.
- b) hasil evaluasi segera dicatat serta didokumentasikan pada ibu serta keluarga.
- c) evaluasi dilakukan sesuai standar
- d) hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi ibu.

7. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat serta jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria sebagai berikut:

- a) pencatatan dilakukan segera setelah melakukan asuhan pada formulir yang tersedia.
- b) ditulis dengan bentuk catatan perkembangan SOAP.
- c) S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.
- d) O adalah data Objektif adalah untuk mencatat hasil pemeriksaan.
- e) A adalah hasil analisa yang dilakukan, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- f) P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh pencatatan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif meliputi penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi *follow up* dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi diatas dilakukan untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kebidanan pada ibu bersalin, nifas, Bayi Baru Lari (BBL) dan Keluarga Berencana (KB).



2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Akseptor Keluarga Berencana

1. Pengkajian

a. Data Subjektif

1) Biodata

a) Nama

Nama yang jelas atau nama panggilan sehari-hari diperlukan agar tidak ada kesalahan dalam memberikan pelayanan kebidanan (Ambarwati, 2010:267).

b) Umur

Wanita dengan usia lebih dari 20 tahun yang menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, pada usia 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan dan pada usia lebih dari 35 tahun untuk mengakhiri kesuburannya (Affandi, 2012: 356).

c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan yang di yakini ibu untuk membimbing atau mengarahkan ibu dalam berdoa (Ambarwati, 2010: 357).

d) Pendidikan

Semakin rendah pendidikan ibu, maka semakin efektif metode Keluarga Berencana (KB) yang di anjurkan yaitu metode kontap, suntik KB, susuk KB, atau Alat

Suntik Bawah Kulit (AKBK) dan AKDR (Manuaba, 2012: 245).

e) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan sering ke klini atau tempat praktek bidan mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Mochtar, 2011: 59).

f) Alamat

Untuk mempermudah kunjungan rumah jika diperlukan bidan atau petugas kesehatan yang lain (Ambarwati, 2010: 365).

2) Keluhan utama

Keluhan utama yang dibutuhkan pada ibu pascalin menurut Affandi (2012: 369) adalah sebagai berikut :

- a) Pada ibu usia 20-35 tahun yang ingin menjarangkan kehamilan.
- b) Pada ibu usia lebih dari 35 tahun dan tidak ingin hamil lagi.

3) Riwayat kesehatan

- a) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu penderita penyakit kanker payudara, atau ibu dengan riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertai

komplikasi, penyakit hati akut, jantung serta stroke (Affandi, 2012: 369).

b) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah lebih dari 180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (*sickle cell*) (Affandi, 2012: 369).

c) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner atau infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Saifuddin, 2014:325).

d) Pada metode KB MAL, ketika ibu belum mulai haid kembali, ibu pertanda sudah kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya (Affandi, 2012:368).

Wanita dengan durasi menstruasi dengan lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efektif estrogen yang rendah (Manuaba, 2010: 246).

4) Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang lalu

Ibu pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilisasinya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu.

Sedangkan dengan ibu yang menyusui bayinya, masa infertilisasinya akan lebih lama. Tetapi kembalinya kesuburannya tidak dapat diperkirakan (Saifuddin, 2014: 256).

Ibu dengan kehamilan ektopik merupakan kontraindikasi penggunaan kontrasepsi mini pil (Affandi, 2012: 370).

Ibu yang mengalami abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi (IUD) (Affandi, 2012: 370).

5) Riwayat Keluarga Berencana (KB)

Penggunaan alat kontrasepsi hormonal (suntik) dapat digunakan sebagai akseptor. Pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun seperti pil, implant, dan IUD. Tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2014: 340).

Ibu yang pernah mengalami ekspulsi IUD, tidak mempunyai pengetahuan mengenai tanda bahaya dari IUD, tidak dapat memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontraindikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2013: 341).

6) Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Nutrisi

DMPA merangsang pusat pengendalian nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan meningkatkan nafsu makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2013: 302).

b) Eliminasi

Dilatasi pada uterus oleh pengaruh progestin akan mengakibatkan timbul statis dan berkurangnya waktu

pengosongan kandung kemih karena relaksasi otot
(Hartanto, 2013: 303).

c) Istirahat dan tidur

Ibu yang mengalami gangguan tidur pada akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut seperti mual, pusing, dan sakit kepala
(Saifuddin, 2014: 378).

d) Seksual

Dalam penggunaan jangka panjang akan menimbulkan kekeringan pada vagina serta akan mengurangi libido ibu
(Saifuddin, 2014: 379).

e) Riwayat Ketergantungan

Merokok mempunyai efek sinergistik dengan pil dan oral dalam menambah resiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2013: 342).

Ibu yang menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin serta barbituart) tidak boleh menggunakan Alata Kontrasepsi (KB) pil progestin
(Hartanto, 2013: 343).

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan umum

a) Tanda-Tanda Vital (TTV)

Menggunakan suntikan progestin serta implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki Tekanan Darah (TD) lebih dari 180/110 mmHg (Saifuddin, 2014: 387).

2) Pemeriksaan Antropometri

a) Berat badan

Perubahan berat badan tidak terlalu besar, dengan kenaikan berat badan bervariasi antara 1 kg sampai dengan 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab kenaikan berat badan tidak jelas. Hal tersebut terjadi kemungkinan karena bertambahnya lemak pada tubuh (Haranto, 2013: 319).

Peningkatan dan penurunan berat badan merupakan efek samping dari penggunaan kontrasepsi hormonal (Saifuddin, 2014: 278).

3) Pemeriksaan fisik

a) Muka

timbul hirsutisme atau tumbuh rambut secara berlebihan pada daerah muka pada penggunaan kontrasepsi progestin, tapi hal ini sangat jarang ditemui (Saifuddin, 2014: 319).

b) Mata

Peringatan khusus untuk pemakaian pil progestin adalah kehilangan penglihatan atau pandangan kabur (Affandi, 2012: 280).

c) Payudara

Tidak menambahkan resiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau aerviks, namun progesteron termasuk DMPA, digunakan untuk pengobatan pada karsinoma endometrium (Hartanto, 2013: 281).

Selain itu keterbatasan penggunaan kontrasepsi implant dan progestin adalah akan timbul rasa nyeri pada payudara (Saifuddin, 2014: 279).

Seseorang yang mempunyai bejolan pada payudara atau memiliki riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant (Saifuddin, 2010: 280).

d) Abdomen

Peringatan khusus bagi pengguna implant apabila disertai nyeri perut bagian bawah yang sangat hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010: 289).

e) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan terjadinya perdarahan, bercak, maupun amenore (Hartanto, 2013: 282).

Sedangkan ibu yang mengalami varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010).

Efek samping yang sering dialami adalah mengalami haid yang lebih lama serta banyak, perdarahan atau *spottin*, dan komplikasi lain yang dapat mengakibatkan perdarahan yang hebat pada waktu haid (Saifuddin, 2010: 325).

f) Ekstremitas

Pada ibu yang menggunakan alat kontrasepsi implant kada di temuka pada luka bekas insisi seperti mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Hartanto, 2015: 256).

Ibu yang mengalami varises ditungkai dapat menggunakan alat kontrasepsi AKDR (Saifuddin, 2010: 310).

Untuk penggunaan alat kontrasepsi IUD, selain dilakukannya pemeriksaan fisik juga harus dilakukan pemeriksaan inspekulo serta bimanual untuk penapisan.

Diantaranya adalah sebagai berikut menurut Siswishanto (2013: 42) :

4) pemeriksaan inspekulo

pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui apakah ada lesi atau keputihan pada vagina atau tidak. Selain itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan pada ibu.

5) Pemeriksaan bimanual

Pemeriksaan ini dilakukan diantaranya adalah untuk :

- a) Memastikan gerakan serviks bebas
- b) Memastikan besarnya uterus serta posisi uterus
- c) Memastikan jika tidak ada tanda-tanda kehamilan
- d) Memastikan jika ibu tidak mengalami infeksi atau tumor pada adneksa.

c. Diagnosa Kebidanan

P_{APIAH} usia 15 sampai 49 tahun, anak terkecil usia . . . tahun, calon peserta Keluarga Berencana (KB), belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, *amenorhea*, perdarahan atau bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam, dengan prognosa baik (Ambarwati, 2010: 340).

d. Intervensi

- 1) Diagnosa : P_{APIAH} usia 15 sampai 49 tahun, anak terkecil usia . . . tahun, calon peserta Keluarga Berencana (KB), belum ada

pilihan, tanpa kontraindikasi, Keadaan Umum (KU) baik, prognosa baik.

Tujuan :

- 1) setelah dilakukan tindakan kebidanan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
- 2) pengetahuin ibu mengenai macam-macam , cara kerja, keuntungan, kekurangan serta efek samping Keluarga Berencana (KB) bertambah
- 3) ibu dapat memilih dan menentukan Keluarga Berencana (KB) yang sesuai dengan keinginan dan kebutuhannya.

Kriteria :

- (1) ibu dapat menjelaskan kembali mengenai penjelasan yang telah diberikan oleh petugas kesehatan.
- (2) ibu memilih salah satu Keluarga Berencana (KB) yang sesuai dengan kebutuhan dan kondisinya.
- (3) ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut Saifuddin (2014: 348) :

- (1) sapa serta salam kepada klien dengan cara terbuka dan sopan

R/ meyakinkan klien dan membangun rasa percaya diri dan saling percaya

- (2) tanyakan kepada ibu mengenai informasi tentang ibu seperti pengalaman mengenai Keluarga Berencana (KB), kesehatan reproduksi, tujuan serta kepentingan.

R/ dengan pengetahuan dan informasi yang dimiliki ibu kita akan dapat mengetahui seberapa jauh ibu tersebut mengetahui mengenai Keluarga Berencana (KB) serta membantu ibu dengan apa yang dibutuhkan.

- (3) jelaskan kepada ibu mengenai jenis-jenis kontrasepsi, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.

R/ penjelasan yang jelas, tepat, serta terperinci dapat membantu ibu dalam memilih kontrasepsi yang sesuai dan diinginkan ibu.

- (4) membantu ibu untuk menentukan pilihannya.

R/ ibu mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan serta kebutuhannya.

- (5) diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan ibu (suami).

R/ penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan ibu.

- (6) jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi yang dipilihnya.

R/ penjelasan yang lebih lengkap mengenai alat kontrasepsi yang digunakan ibu mampu membuat ibu lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

(7) jelaskan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang

R/ kunjungan ulang dilakukan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi secara dini apabila terjadi komplikasi atau masalah mengenai penggunaan alat kontrasepsi.

2) Masalah 1 : *Amenorhea*

Tujuan : setelah diberikan asuhan kebidanan, ibu tidak mengalami komplikasi yang lebih lanjut

Kriteria : ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

Intervensi menurut Saifuddin (2010: 376) adalah :

a) kaji pengetahuan ibu mengenai *Amenorhea*

R/ untuk mengetahui tingkat pengetahuan ibu

b) pastikan ibu tidak dalam keadaan hamil serta jelaskan jika darah haid tidak terkumpul dalam rahim.

R/ ibu merasa tenang dengan keadaan dan kondisinya sekarang.

c) jika terjadi kehamilan hentikan penggunaan Alat Kontrasepsi (KB), jika terdapat kehamilan ektopik segera lakukan rujukan.

R/ penggunaan alat kontrasepsi pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan.

3) Masalah 2 : pusing

Tujuan : setelah diberikan asuhan kebidanan, pusing yang dialami ibu dapat teratasi dan ibu dapat menerima keadaannya.

Kriteria : ibu tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari Keluarga Berencana (KB) hormonal.

a) kaji mengenai keluhan pusing yang dialami ibu

R/ membantu menegakkan diagnose dan menentukan langkah selajutnya untuk pengobatan ibu.

b) lakukan konseling serta penjelasan jika rasa pusing yang dialami ibu bersifat sementara.

R/ ibu mengerti jika pusing merupakan efek samping dari kontrasepsi hormonal.

c) ajari teknik distraksi dan relaksasi pada ibu

R/ teknik distraksi dan relaksasi akan mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi rasa pusing yang dirasakan ibu.

4) Masalah 3 : perdarahan bercak/ *spotting*

Tujuan : setelah dilakukan asuhan oleh bidan, ibu dapat beradaptasi dengan kondisinya.

Kriteria : keluhan ibu terhadap mengenai perdarahan bercak atau *spotting* dapat berkurang.

Intervensi menurut Saifuddin (2010: 378) antara lain adalah :

- a) jelaskan pada ibu jika perdarahan ringan sering dijumpai tetapi hal ini bukan menjadi masalah.

R/ ibu dapat mengerti sertamemahami kondisinya jika efek penggunaan kontrasepsi hormonal adalah bercak atau *spotting*

- b) jika ibu tidak dapat menerima kondisinya dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsinya maka dapat diganti dengan alat kontrasepsi lainnya.

5) Masalah 4 : perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan : setelah diberikan asuhan oleh bidan diharapkan ibu tidak mengalami komplikasi dalam penggunaan alat kontrasepsi.

Kriteria : perdarahan dapat berkurang serta ibu tidak khawatir dengan kondisi yang dialami saat ini.

Intervensi menurut Hartanto (2015: 368) diantaranya adalah :

- a) jelaskan jika terdapat adaptasi benda baru (IUD) yang terdapat didalam rahim sehingga menyebabkan perdarahan hebat diluar siklus menstruasi.

R/ perdarahan hebat yang dialami ibu merupakan adaptasi benda baru (IUD) yang terpasang didalamrahim.

b) berikan terapi antibiotik dan tablet tambah darah (Fe)

R/ antibiotik dapat memperkuat daya tahan tubuh ibu, sedangkan tablet tambah darah (Fe) berfungsi sebagai pengganti perdarahan berlebih yang dialami ibu.

c) lepaskan AKDR jika klien menghendaki

d) R/ perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan alat kontrasepsi AKDR (Ngastyah, 2008: 369).

e. Implementasi

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI No.938/Menkes/SK/VIII/2007 mengenai Standar Asuhan Kebidanan, bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komperhensif, efektif, efisien serta aman berdasarkan *evidence based* kepada ibu dalam upaya *promotif, preventif, kuratif* serta *rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi serta rujukan. Dengan kriteria sebagai berikut :

- 1) memperhatikan keistimewaan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- 2) setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari ibu atau dari keluarga (*inform consent*).
- 3) melaksanakan tindakan asuhan kebidnan berdasarkan pada *evidence based*.
- 4) meliatkan klien/ibu

- 5) menjaga privasi klien
- 6) melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- 7) mengikuti perkembangan kondisi ibu secara berkesinambungan
- 8) menggunakan sumberdaya, sarana serta fasilitas yang ada dan sesuai.
- 9) melakukan tindakan kepada ibu sesuai dengan standar.
- 10) melakukan pencatatan semua tindakan yang telah dilakukan.

f. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan kepadaibu, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi ibu. Dengan kriteria sebagai berikut :

- 1) penilaian dilakukan segera setelah selsesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi ibu
- 2) hasil evaluasi segera dicatat dan dilakukan pendokumentasian pada ibu serta keluarga
- 3) evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- 4) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi ibu.

(Nursalam, 2009:71).

g. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan dengan kriteria :

3) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia.

4) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S adalah data subjektif untuk mencatat hasil anamnesa

O adalah data objektif untuk mencatat hasil perkembangan

A adalah hasil analisa untuk mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi atau *follow up* dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi diatas dilakukan untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, Bayi Baru Lahir (BBL) dan Keluarga Berencana (KB).